# مستويات القلق و الاكتئاب ما قبل العمليَّة الجراحيَّة و علاقتهما بنوع العمليَّة و ببعض المتغيرات الديموغرافيَّة لدى عينة من مرضى القلب المقيمين في المستشفيات في مدينة عمّان


إعداد

نور سعيد السعيد


المشرف

الدكتور أشرف فارس القضاة

قدمت هذه الدراسة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنيَّة



آب، ٢٠١١

## قرار لجنة المناقشة

**نوقشت هذه الرسالة/الأطروحة (مستويات القلق و الاكتئاب ما قبل العملية الجراحية و علاقتهما بنوع العملية الجراحية و ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من مرضى جراحة القلب المقيمين في المستشفيات في مدينة عمان) وأجيزت بتاريخ ٢٠١١/٧/٢٠**

| أعضاء لجنة المناقشة | التوقيع |
|---|---|
| الدكتور أشرف فارس القضاة، مشرفاً<br>أستاذ مساعد– علم النفس الاكلينيكي | ............................ |
| الدكتور محمد محمود بني يونس، عضواً<br>أستاذ مشارك – علم النفس الفسيولوجي | ............................ |
| الدكتور مروان طاهر الزعبي، عضواً<br>أستاذ مشارك – علم النفس الصناعي و التنظيمي | ............................ |
| الدكتور تيسير فؤاد إلياس<br>أستاذ مشارك – علم النفس الاكلينيكي<br>(المركز الاردني للإستشارات النفسية – المراد) | ............................ |

# الإهداء

إلى أمّـــــــــــــــي و أبـــــــــــــــي ......

سائلة الرضى.....

أختي الغالية مهـــــــــــا

و إخوتي فراس و مراد و راشد

كل ما لديّ في الحياة

مع الدعاء لهم بطول العمر و الصحة و التوفيق

نـــــور العقرباوي

# الشُكر

الحمد والشكر لله الذي وفقني إلى انجاز هذا العمل المتواضع، و أتوجه بجزيل الشكر للدكتور المشرف أشرف فارس القضاة الينبوع الذي لا يمل العطاء و الذي ساعدني بأن أكون واثقة الخطى في طلب العلم و قدم كل الدعم و الإثراء لعملي، أيضا أتقدم بالشكر للجنة المناقشة المتمثلة بكل من: الدكتور تيسير الياس، و الدكتور محمد بني يونس ، الدكتور مروان الزعبي لما قدموه للبحث من إثراء قيِّم. و كل من قدَّمَ لي يد العون و ساعد في تسهيل مهمتي لإتمام هذا البحث؛ كوادر الخدمات الطبيَّة الملكيَّة – مستشفى الملكة علياء لجراحة القلب–، أيضا مستشفى الأمير حمزة، و مستشفى التخصصي، و مستشفى الجامعة الأردنيَّة، من أطباء و ممرضين.

و لن أنسى الذين وقفوا معي و قدموا لي الدعم المعنوي في المضي قدما في البحث بداية من الغاليين أمي و أبي و إخوتي، و إلى من سرنا سوياً ونحن نشق الطريق معاً نحو النجاح والإبداع صديقاتي التوأم رندة و رغدة عزمي جرَار و مجد الشامي، و الأخصائية النفسيَّة السيدة ريما أبو رمَّان، و اختصاصي جراحة القلب الأستاذ الدكتور معاذ الصمادي، و زملائي في العمل متمثلين بالمدير أيمن خليفات و الزميل مالك الخريشا، و جميع أعضاء قسم علم النفس في جامعتنا الحبيبة الجامعة الأردنية.

**فهرس المحتويات:**

الفصل الثاني: الأدب النظري والدراسات السابقة



الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات



الفصل الرابع: النتائج

**قائمة الجداول:**

# قائمة الاختصارات

| # | الاختصار | المعنى | الترجمة |
|---|---|---|---|
| ١ | WHO | World Health Organization | منظمة الصحة العالميَّة |
| | APA | American Psychology Association | المنظمة النفسيَّة الأمريكيَّة |
| ٢ | STAI | State Trait Anxiety Inventory | مقياس القلق سمة و حالة |
| ٣ | BDI-II | Beck Depression Inventory II | مقياس بيك للاكتئاب النسخة الثانيَة |
| ٤ | CABG | Coronary Bypass Grafting | جراحة مجازة الشرايين التاجيَّة (تطعيم الشرايين) |
| ٥ | AVR | Ventricle Artery Replacement | جراحة استبدال الصمام |
| ٦ | CHD | Coronary Heart Diseases | أمراض القلب التاجيَّة |
| ٧ | IHD | Ischemic Heart Disease | مرض القلب إقفاري (نقص الترويه) |
| ٨ | MI | Myocardial Infraction | احتشاء عضلة القلب |
| ٩ | PTCA | Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty | رأب الأوعية الدمويَّة |

# مستويات القلق و الاكتئاب ما قبل العمليَّة الجراحيَّة و علاقتهما بنوع العمليَّة و ببعض المتغيرات الديموغرافيَّة لدى عينة من مرضى القلب المقيمين في المستشفيات في مدينة عمّان

**إعداد**

**نور سعيد السعيد**

**المشرف**

**الدكتور أشرف فارس القضاة**

## الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستويات القلق و الاكتئاب عند مرضى جراحة القلب المقيمين في مستشفيات مدينة عمان قبل العملية الجراحيَّة بيوم، و علاقة هذه المستويات بنوع العملية الجراحية و بعض المتغيرات الديموغرافية الأخرى تشمل عمر المريض، و جنسه، و المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، إضافةً إلى الحالة الوظيفيَّة. و الكشف عن توقعات الأطباء القائمين على رعاية هؤلاء المرضى، من حيث مدى اعتقاد الطبيب بالتزام مريضه بالتوصيات الطبيَّة بعد العملية، و مدى تأقلم المريض مع حالته الصحيَّة بعد العمليَّة الجراحيَّة، و مدى اعتقاد الطبيب بضرورة تحويل المريض إلى الأخصائي النفسي، و مقارنتها مع مستويات القلق و الاكتئاب عند أفراد عينة الدراسة.

تكونت العينة من (١١٣) مريضاً و مريضةً منهم (٩٥) ذكور و (١٨) إناث. و تم تطبيق مقياس بيك – النسخة الثانية و مقياس سبيلبيرغر لقلق السمة و الحالة قبل العمليَّة الجراحيَّة بيوم. و تم استخدام المتوسطات الحسابيَّة، و تحليل الانحدار المتعدد، و تحليل التباين الأحادي للإجابة عن فرضيات الدراسة.

تبين في الدراسة الحالية أن مرضى القلب الذين ينتظرون إجراء عملية القلب المفتوح يخبرون مستويات متباينة ذات دلالة إكلينيكية من القلق و الاكتئاب؛ حيثُ كانت نسبة انتشار القلق

(١٠٠%)، و كانت نسبة انتشار الاكتئاب (٣٩%) بين أفراد العينة. و كانت المتغيرات الأكثر إسهاما في تفسير الاكتئاب عند عينة الدراسة هي الحالة الاجتماعية و الحالة الوظيفيَّة. أمَّا بالنسبة للقلق فلم تسهم المتغيرات الديموغرافية و نوع العمليّة في تفسيره، و لكن كانت متغيرات المستوى التعليمي و نوع العمليَّة الجراحية تسهم في تفسير قلق السمة (دون قلق الحالة) عند مرضى جراحة القلب.

و تشير هذه الدراسة إلى أهمية البعد النفسي عند مرضى جراحة القلب لما له من تأثيرات على العمليَّة، و بالتالي إلى أهمية الاهتمام بالأبعاد النفسية بالإضافة إلى الجسديَّة عند مرضى جراحة القلب.

# الفصل الأول

- المقدمة
- أهميَّة الدراسة
- محددات الدراسة

## المقدمة

في عصرٍ يسود فيه إيقاعٌ سريعٌ للحياة، و تكثر فيه مصادر الضغوط و الاضطرابات و الإحباطات، انتشرت العديدُ من الأمراض و الاضطرابات الجسدية و النفسية، و مع تزايد الأبحاث العلمية، أصبحت صورة الأمراض أكثر وضوحا. و كان قد سعى الباحثون إلى فهم و تفسير هذه الإمراض و البحث عن أسبابها للعمل على علاجها و محاولة التخفيف من آثارها أو الوقاية منها.

و استرعت الأمراض المزمنة اهتمام الباحثين لما تشكله من عبئ على نظام الصحة و أثرها البالغ على المرضى؛ حيث أن الأمراض المزمنة تعرف على أنها الأمراض التي تلازم الفرد لفترات طويلة و نادرا ما يتعافى منها الأفراد تماما و لكن بالإمكان السيطرة على أعراضها من خلال التدابير الاحتياطية ( أبو الهيجاء، ٢٠٠٨)، و من أهم هذه الأمراض السرطان، الكلى، السكري، التهاب المفاصل، و أمراض القلب و الأوعية الدموية.

و كانت أمراض القلب من الأمراض التي انصب عليها الكثير من تركيز الدراسات و البحوث؛ حيث تميزت بأنها ذات خطورة عالمية، فهناك سنويا ما يُقارب ٣٥ مليون وفاة تُعزى إلى الأمراض المُزمِنة، و ما يُقارب ثُلث هذه الوفيات يعود إلى أمراض القلب التاجيَّة، و إضافةً إلى أنه تُعتبر أمراض القلب السبب الأكثر شيوعاً للوفاة في الولايات المتحدة و أوروبا (Molinari, Compare & Parati, 2006)، فإنه و وفقاً لدراسة أجرتها مديرية رقابة الأمراض في وزارة الصحة الأردنية عام 2005، فقد تصدرت أمراض القلب والأوعية الدموية قائمة الأمراض الأكثر تسبباً لوفاة الأردنيين، إذ شكلت نسبة 40.5% من حالات الوفاة بأمراضٍ مزمنة في الأردن (أبو الهيجاء، ٢٠٠٨). أيضا أشارت الإحصائيات إلى أن ٨٠% من إجمالي حالات الوفاة في العالم بسبب أمراض القلب تحصل في دول العالم النامي و تشكل ما نسبته ٢٥% من إجمالي وفيات الدول النامية، و أصبح يُنظر للعديد من هذه الأمراض المزمنة على أنها أمراض نفسجسمية (سيكوسوماتيه) أي أنها أمراض يتفاعل فيها البعدين الجسدي و النفسي مع بعضهما البعض (الدارس، ١٩٩٩).

قد تبدو أمراض القلب على أنها أمراض عصرية، و مرتبطة بنمط الحياة الحديثة الذي يفتقر إلى الأنماط الصحية مثل قلة ممارسة الرياضة و التدخين و المأكولات السريعة المشبعة بالدهون و الأطعمة المعالجة؛ إلا أن الدراسات الحديثة وجدت أن أمراض القلب تعود إلى أزمنة قديمة،

فقد وجد مجموعة من العلماء في بحث أجروه على مومياءات مصرية تعود إلى ١٥٥٠ سنة قبل الميلاد أن عددا من تلك المومياءات كان يعاني من تصلب شرايين و أمراض قلبية ( Allam, Thompson, Wann, Miyamoto, Nur El-Din, El-Maksoud, Al-Tohamy, Badr I, El-Rahman, Sutherland, Sutherland, Thomas, 2011).

شغلت قضية العلاقة بين العقل و الجسد العديد من العلماء و الباحثين منذ القدم، فهناك دليلٌ متزايدٌ عن إجماليِّ الأثرِّ السلبيِّ للاكتئابِ و القلق، إضافةً إلى حالاتٍ مزاجيّةٍ أخرى على أمراضٍ و حالاتٍ جسديةٍ كثيرة، إضافةً إلى عواقبَ هذه الأمراض ( Balon , 2006 ).

فقد أشارت العديد من الأدبياتِ في البحوثِ العلميةِ إلى العلاقةِ بينَ أمراض القلب و العوامل النفسية حيثُ أنَّ هناكَ عواملٌ نفسيةٌ تؤثرُ سلباً في تحسنِ المرضى المصابينَ بأمراضِ القلب التاجية مثل الاكتئاب، القلق، سمات الشخصية، العزلة الاجتماعية، و التوتر الحادّ ( Molinari, Compare & Parati 2006 ).

وَرَدَ في الكثيرِ منَ الدراساتِ أنَّ قضية التلازمية المرضية بين أمراض القلب من جهة و اضطرابي القلق و الاكتئاب من جهة أخرى لا تظهر بمحض الصدُفة ( Molinari etl., 2006 ) (Roose, 2001 )، فقد ثَبُتَ أن للقلق و الاكتئاب دورا في تدهورِ الوضعِ الصحيِّ للمرضى المصابين بأمراضِ القلب، وثَبُتَ أيضاً ارتباط الاكتئاب بزيادة خطورة أمراض القلب الشريانية التاجية ، و انه يزيد من مستويات الإصابة بالمرض ( Morel-Kopp, Mclean, Chen, Tofler, Tennant, Maddison & Ward, 2009;  Sher, Lolak & Maldonado, 2010)، حيثُ قُدِّرَ انتشار اضطراب الاكتئاب عند المرضى الذين يُعانون من أمراض القلب التاجيَّة بين ١٥-٤٠%، و على الرغم من هذه النسبة العاليَّة فإن هذا الاضطراب لا يتم تشخيصه أو علاجه عند مرضى القلب. و قدِّرَ انتشار القلق عند هؤلاء المرضى بين ٧٠-٨٠%  (Molinari etl., 2006).

أيضا بينت دراسات أخرى أن الاكتئاب كعامل مستقل يزيد من سوء الوضع المرضي و يساهم في رفع معدل الوفاة لأمراض القلب الشريانية التاجيَّة ( Lichtman, Bigger, Blumenthal, Frasure-Smith, Kaufmann, Lespérance, Mark, S.Sheps, Taylor, Froelicher, 2008; Michel Ho, Masoudi, Spertus, Peterson, Shroyer, McCarthy, Grover, Hammermeister, Rumsfeld, 2005).

كما ذكر روي و زملاؤه (٢٠٠٧) أن ما يقارب ٢٠% - ٣٠% من المرضى الذين عندهم احتشاء مستمر في عضلة القلب (myocardial infarction) يكون عندهم اكتئاب (و احتشاء عضلة القلب هو خلل في إيصال الدم لعضلة القلب يتسبب في ضعف وصول الدم إليها أو

احتباسه عن الوصول إليها مما يتسبب بموت خلايا عضلة القلب)، و يرتبط الاكتئاب بمضاعفة خطورة احتمالية الوفاة إلى ثلاثة أضعاف عند المرضى الذين يخبرون حادثة احتشاء عضلة القلب (Ziegelstein, Parakh, Sakhuja, BHAT, 2007 ). و تشير الأدبيات العلمية حول القلق و الاكتئاب عند مرضى القلب أن هناك علاقة إكلينيكية طرديه بين القلق و الاكتئاب من جهة و بين ارتفاع الخطورة للإصابة بأمراض القلب من جهةٍ أُخرى ( krannich, Weyers, Lueger, Herzog, Bohrer & Elert 2006).

و يُلاحظ في السنوات الأخيرة استحداث تخصصات علمية مسانده لمجال أمراض القلب مثل: التأهيل النفسي لمرضى القلب و الأوعية الدموية، و علم نفس أمراض القلب و الأوعية الدموية. فقد وجدت الأبحاث أن التدخلات النفسية مثل التأهيل النفسي لمرضى القلب قد يساعد على التقليل من عوامل الخطورة عند هؤلاء المرضى، و التي تتضمن زيادة القدرة الوظيفية و تطوير الكفاءة الجسدية و الانفعالية لهم (Penna & Nicoli 2007; الدراس، ١٩٩٩ Sobel & Markov,2005;).

و قد دفعت التلازمية المرضية بين أمراض القلب و اضطراب الاكتئاب إلى البحث بأيهما السبب و أيهما النتيجة، فالكثير من الدراسات أثبتت أن الاكتئاب عامل رئيسي للإصابة بأمراض القلب و أن الاكتئاب عند هؤلاء المرضى يجعلهم أكثر عرضه للوفاة في الفترة التابعة لإصابتهم بالمرض (هيندر، ٢٠٠١). و لكن يمكننا أن نقول عند الحديث عن أمراض القلب و الاكتئاب أن كلاً منهما قد يسهم إسهاما فاعلاً في نشوء و تطور الآخر.

من السهل على الفرد أن يفترض أن هناك علاقة بين مستوى القلق الذي يمر به الفرد قبل إجراء العملية الجراحية القلبية و مستوى الصحة القلبية عنده. فمن المعروف أن القلق يُؤدّي إلى تغيرات واضحة في الدورة الدموية وفي الأداء الوظيفي للقلب ، ويكون ذلك بواسطة الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يزيد من ضربات القلب، ويؤدي إلى انقباض عضلات الجسم و من ضمنها عضلة القلب و الأوعية الدموية مما يسهم في ارتفاع ضغط الدم فيــها، مما يؤدي بنا للافتِراض أنَّ مرور المريضِ بحالة أو سمة من القلق قد يُلقي بآثار سلبية على مدى فاعلية العلاج و سرعته و على مدى التزام المريض بالتوصيات الطبية و الخطة العلاجيَّة، و أحياناً على استعداد الجراحين للقيام بالعملية الجراحية إلى أن ينخفض مستوى القلق عند المريض؛ لأن القلق كثيراً ما يرتبط بارتفاع في ضغط الدم، و تغير في مقاومة الأنسولين، مما يجعل الجراح

مُترددا في القيام بالعملية الجراحية إلى أن تعود قراءات الإشارات الحيوية إلى مستويات تسمح للجراح أن يقوم بالعملية.

كما انه من المتوقع أن للاكتئاب أيضاً علاقة طرديه مع سوء الحالة الصحية للقلب و الأوعية الدموية عند مرضى القلب. فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الاكتئاب يزيد من نشاط الصفائح الدموية، و التي بالتالي تساهم في حدوث جلطات دموية و أمراض القلب التاجية (Morel-Kopp, Mclean, Chen, Tofler, Tennant, Maddison & Ward, 2009; Baranyai, Gilles, Menart- Houtermans , Tschoepe & Diethelm, 2004).

أيضا بالنسبة للمرضى الذين يعانون من احتشاء عضلة القلب الحادّ (Acute Myocardial (AMI Infraction فإن الأعراض الاكتئابيَّة تزيد من خطورة الإصابة بأحد أمراض القلب ( Daisaku, Sato, Shiotani, Kinjo, Mizuno, Shimizu, Ito, Korets, Hirayama & Hori, 2005; Székely, Balog, Bénkö, Breuer, Székely, Kertai, Horkay, Kopp & Thayer, 2007 ).

أشارت الدراسات إلى أن الاكتئاب مرتبط بتغيرات في السلوك الصحي للفرد و التي قد تؤثر في تطور أمراض القلب، و من هذه السلوكيات عدم الالتزام بالتوصيات الطبية. و كذلك يرتبط الاكتئاب بتغيرات فسيولوجية بما فيها نشاط الجهاز العصبي (اضطراب في نبضات القلب، و التهابات متمركزة، و فرط في تخثر الدم) و التي تؤثر سلبا في نظام القلب و الأوعية الدموية (Joynt, Whlkan & O'connor, 2003).

و هناك عدة أبعاد للعلاقة المعقّدة بين أمراض القلب التاجيَّة و الاضطرابات الانفعالية، أهمها أن المرضى المكتئبين معرضين لخطورة عاليَة للموت المفاجئ بسبب مرض القلب التاجي مقارنةً مع بقية أفراد المجتمع، أيضا المرضى المكتئبين أكثر عرضة لمرض نقص الترويه القلبيَّة المميت عند مقارنتهم بمن لا يُعانون من الاكتئاب، و احتشاء عضلة القلب تكون معدلات وفياتهم أعلى إذا ما أقترن ذلك مع الاكتئاب مقارنة بمن لا يقترن مرضهم مع الاكتئاب ( Roose & Spatz, 1999 ).

رغم أن الكثير من الدراسات ( Penna & Nicoli, 2007; Vingerhoets, 1996; Garcia-Ribera, Diaz, Espluga & Pascual, 2008; krannich, Weyers, Lueger, Herzog, Bohrer & elert 2007) أشارت إلى وجود ارتباط بين القلق و الاكتئاب من جهة و بين أمراض القلب من جهة أخرى، فإن بعض الدراسات ( Marla, Debra, Kyungen & Misook, 2004) أشارت إلى

عدم وجود مثل هذا الارتباط. إن العلاقة بين القلق و الاكتئاب من جهة و أمراض القلب من جهة أخرى هو موضوع يستدعي الإثراء في الأردن، و هناك قلة في الدراسات التي تناولت هذا الموضوع.

## مشكلة الدراسة

مع ازدياد نسبة الأمراض المزمنة – و تحديدا أمراض القلب – أصبح تقديم الرعاية للمرضى يتطلب الكثير من اهتمام الجهات المعنية. فالمرضى المقيمين في المستشفيات و الذين يتم تجهيزهم لإجراء عملية جراحة القَلب المَفتوح يخبرون أعراض القلق و الاكتئاب قد يكون معظمها ناتج عن قلقهم بخصوص العملية أو خوفهم من نتائج سيئة للعملية الجراحية، و بالتالي تؤثر هذه الأعراض على الحالة الصحية الجسدية للمرضى، فقد يَخبُر المريض التعب و الإرهاق، ضيق في النفس (Viars, 2009) و تغيرات في المؤشرات الحيوية للمريض من مثل؛ ارتفاع ضغط الدم وذلك لوجود علاقة طرديه بين الاكتئاب والقلق من جهة، و بين و ارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى (American Psychiatric Association) APA (2000)(ياسين، ١٩٨١) التي بالتالي قد تتطلب تأجيلاً للعملية الجراحية لحين عودة المؤشرات الحيوية إلى الوضع الأنسب لإجراء العملية الجراحية. أيضا في كثير من الأحيان قدد يكون تخوف المريض من العملية الجراحيَّة يدفعه لتأجيل العملية أو إلغاءها. و قد يزيد تأخير العملية الجراحية من عوامل الخطورة لحالة المريض.لذلك؛ يحتاج هؤلاء المرضى إلى توفير الرعاية النفسية إلى جانب الرعاية الجسدية لتتم تهيئتهم للعملية الجراحية، و تأهيلهم للتدبُّر مع حالتهم الصحية و نمط حياتهم بعد العملية الجراحية في القلب.

و تحديداً، كان لهذه الدراسة هدفين أساسيين، الأول يتعلق بالمرضى، و الآخر يتعلق بالأطباء المشرفين على حالات هؤلاء المرضى، و بحثت الدراسة الحالية في الآتي:

**1. كان الهدف الأوّل معرفة مدى انتشار القلق و الاكتئاب عند عينة الدراسة، ثم مقارنة هذه المستويات حسب الفرضيات الآتية:**

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين استجابات المرضى الإناث و استجابات المرضى الذكور على مقاييس القلق و الاكتئاب بحيث تكون استجابات المرضى الإناث أعلى من استجابات المرضى الذكور.

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين استجابات المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة و استجابات المرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة على مقاييس القلق و الاكتئاب بحيث ترتفع درجة القلق و الاكتئاب كلما انخفض المستوى التعليمي للمريض.

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين استجابات المرضى المتزوجين و استجابات المرضى غير المتزوجين على مقاييس القلق و الاكتئاب – بحيث تكون استجابات المرضى غير المتزوجين أعلى من استجابات المرضى المتزوجين.

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$ ) بين استجابات المرضى العاملين و استجابات المرضى غير العاملين على مقاييس القلق و الاكتئاب بحيث تكون استجابات المرضى العاملين أعلى من استجابات المرضى غير العاملين.

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$ ) في مستويات القلق و الاكتئاب حسب نوع العملية الجراحية القلبيّة التي سيخضع لها المرضى.

**2. كان الهدف الثاني محاولة التعرف على ما يأتي عند الأطباء الذين يقدمون الخدمات الطبية للمرضى المشمولين في الدراسة الحالية:**

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير الأطباء لمدى التزام المرضى بالتوصيات العلاجية بعد العملية الجراحية بناءً على مستويات القلق و الاكتئاب عندهم.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير الأطباء لجودة تدبُّر المرضى مع حالتهم الصحية بعد العملية الجراحية بناءً على مستويات القلق و الاكتئاب عندهم.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير الأطباء لأهمية تحويل مرضاهم لتلقي خدمة الرعاية النفسية بناءً على مستويات القلق و الاكتئاب عندهم.

## أهمية الدراسة

**تتلخص أهمية الدراسة فيما يلي:**

1. قلة الدراسات التي أجريت في الأردن و التي تتناول القلق و الاكتئاب عند مرضى جراحة القلب قبل العملية الجراحية.
2. بناءً على نتائج الدراسات السابقة و الدراسة الحاليَّة، فإن هناك ما يدعم ضرورة دمج خدمات الصحة النفسية ضمن خدمات الصحة العامة و الرعاية الأوليَّة.

## التعريفات النظرية و الإجرائية لمتغيرات الدراسة

بناءً على مراجعة الدراسات و الأدبيات السابقة ذات الصلة، فقد تم تعريف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

**الاكتئاب اصطلاحاً:** يعرف بيك الاكتئاب على أنه؛ "حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد و ظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة و الانطواء و الأرق و تغيرات جسمية مثل تغير الجسم و الخمول وبطء الاستجابة"، (Beck, 1980).

**الاكتئاب إجرائيا:** الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على قائمة بيك للاكتئاب (النسخة الثانية) و المشار إليها في الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

**القلق اصطلاحا:** "انفعالٌ غير سار مصحوب بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والضيق وخوف لا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا، ويستجيب الفرد لها بطريقة مبالغ فيها"،(Speilberger,1983 ).

**القلق إجرائيا:** الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس سبيلبيرغر لحالة و سمة القلق المشار له في الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

**مرضى جراحة القلب:** هم المرضى الذين ينتظرون إجراء عملية جراحية في القلب وفقا لتشخيص و توصيات الطبيب المعالج، و المقيمين في مستشفيات مدينة عمان.

## محددات الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من مرضى القلب في مستشفيات مدينة عمان؛ و الذين هم بانتظار إجراء عملية جراحية في القلب، مما جعل إمكانية تعميم نتائجها على عمليات جراحية أخرى غير علمي. كما أن أنواع العمليات الجراحية القلبية التي شملتها هذه الدراسة محدود بأنواع العمليات الجراحية المحددة لعينة الدراسة من قِبل أطبائهم.

# الفصل الثانـي

- الإطار النظري و الدراسات السابقة:
- القلق
- الاكتئاب
- أمراض القلب
- الدراسات السابقة

## الإطار النظري و الدراسات السابقة

### الإطار النظري

### القلق

يُعرِّف أنصار مدرسة التحليل النفسي القلق على أنَّهُ "تجربه انفعاليّة مؤلمة، تنتج بسبب التهيُّج الذي يحصُل في الأعضاء الداخليَّة للجسم، و أن هذا التهيُّج ينتُج عن المنبهات الداخليَّة أو الخارجية و التي يُسيطِر عليها بواسِطَة الجِهاز العصبي" ( كتاني، ٢٠٠٥). أيضا عُرِّفَ القلق على انه "حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع و محاولات الفرد للتكيُّف" (العبيدي، 2009). وهو مشكلة تؤثر بكل شخص في وقتٍ من الأوقات، و يمكن أن يكون القلق حالة منفردة عند الشخص أو مرفقا بأعراض لاضطرابات أخرى (Sterling Pub., 2008).

يُعد القلق جزء طبيعي من حياة البشر، فهو يُعتبر آلية بقاء و نجاة تطورت عبر ملايين السنين (Dixon, 2007). فالقلق مثلُهُ مثلُ الاكتئاب؛ اضطراب نفسي و انفعالي و لكن بأعراض و أسباب مختلفة. و يظهر القلق بصور مختلفة تكون على متدرج متصل من استجابة ملائمة و سريعة و مفيدة تحسن أداء الفرد و تُعززه إلى حالة مرَضَيَّة شديدة تسبب ضيقاً للفرد و تؤثِّر على وظائِف الفَرد اليوميَّة، فتكون ردود فعل "غير طبيعيَّة" لظروف "طبيعيَّة" أو ردود فعل لظروف "غير طبيعيَّة" (Emilien, Durlach, Lepola & Dinan, 2002) .

و يُعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات النفسيّة الشائعة، حيثُ يصيب اضطراب القلق ما يقارب 5% من سكان العالم، و يتسبب تقريبا لـــ 1% من هؤلاء المرضى بالعجز، و أغلب هؤلاء المرضى هم من النساء؛ حيثُ تصل نسبتهم إلى 80% من مجتمع المرضى، و معظم هؤلاء النساء ممن هُنَّ بسن الإنجاب. و يذكر شيهان (١٩٩٨) أنه ليس هُناك عمرٌ مُحدد لظهور القلق عند الإنسان؛ وذلك لعدم ارتباط ظهور الضغوط بعمر مُحدد، و لكن من النادر أن يبدأ القلق قبل سن الخامسة عشر أو بعد الخامسة و الثلاثين. و يتم تشخيص القلق إكلينيكياً اعتمادا على الأعراض التي تم تحديدها في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية– النسخة الرابعة. و لم يستند نظام التصنيف لاضطرابات القلق على بيانات إمبريقيّه بل على الانطباعات الإكلينيكية.

هذه الأعراض هي:

أ- قلقٌ شديدٌ و همٌّ متزايدٌ يومياً لمدة ست شهور على الأقل تجاه أحداث معينه.

ب- يجد الشخص صعوبة في التحكم بالأفكار المسببة للقلق عنده.

ج- أن يرتبط القلق و الهم بثلاث أو أكثر من الأعراض الستة التالية:

1. هيجان أو شعور بالتقييد أو الشعور بالوقوف على الهاوية.
2. الشعور بالإرهاق بسهولة.
3. صعوبةٌ في التركيز، أو الشعور بفراغ في العقل.
4. الانفعالية.
5. شدٌّ عضلي.
6. اضطرابٌ في النوم.

د- أن لا يكون القلق مرتبطاً باضطراباتٍ أخرى مثل نوبات الهلع Panic Attacks أو بسبب الإحراج عند التواجد في مواقف عامة مثل المخاوف الاجتماعية، أو الوساوس القهرية obsessions، أو اضطرابات نفسجسدية psychosomatic أو توهم المرض.

هـ- أن تُسبب أعراض القلق و الأعراض الجسدية ضيقٌ أو عجزٌ واضحٌ في النواحي الاجتماعية و الوظيفية و نواحٍ ذات صلة وثيقة بالقدرة على أداء المهمات و النشاطات اليومية للفرد، وأن لا يكون من الممكن تفسير الأعراض بناءً على حالات فسيولوجية مباشرة أو أدوية أو حالة طبية عامة، و لا تظهر الأعراض على شكل اضطراب مزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطراب نمائي. (APA, 2000)

**تصنيفات القلق:**

1. ميَّز الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية- المعدّل DSMIV-TR بين 12 نوع للقلق (APA, 2000):

1. **نوبات الهلع**، و تتضمن نوبات من توقع الشر أو الضرر و حدوث شيء سيء و خوف شديد و رعب و يُرافقها عادة شعورٌ بالهلاك الوشيك.

2. **رهاب الساح**، و يتمثل بخوف و تجنب لمواقف حيثُ يكون الهرَب فيها صَعباً و مُحرجاً، أو حيثُ يكون هناك مساعدة متوفرة في حال حدوث نوبة هلع أو ما يُشبه النوبة.

3. **رُهاب الساح بدون تاريخ لاضطراب الهلع**، و تتمثل بوجود رهاب الساح بدون أن يوافق الشخص معايير اضطراب الهلع كاملةً.

4. **اضطراب الهلع بدون رهاب الساح.**

5. **المخاوف المُحَددة**، و هي قلق و خوف و تجنُب ذو دلالة إكلينيكيّة مرتبط بأشياء و مواقف مُحددة (مثل الخوف من المُرتفعات، الحيوانات، الدم، الأماكن المُغلقة).

6. **المخاوف الاجتماعيّة**، و هي قلق و خوف و تجنُب ذو دلالة إكلينيكيّة مرتبط بمواقف أدائيَّة و اجتماعيَّة مرتبطة بالخوف من الحرج و الإذلال.

7. **اضطراب الوسواس القهري**، و يتمثل بهوس ( بسبب قلق و ضيق ملحوظ) و/ أو استحواذات ( التي تخدم تخفيف القلق).

8. **اضطراب ما بعد الصدمة النفسية**، و الذي يتمثل بإعادة مُعايشة خبرة حدث صادم مترافقة مع أعراض زيادة الاستثارة و تجنب المثير المرتبط بالصدمة.

9. **اضطراب الضغوط المزمنة**، و يتمثل بأعراض مشابهة لتلك الموجودة في اضطراب ما بعد الصدمة و التي تظهر مباشرة عقب الحدث الصادم الحاد.

10. **اضطراب القلق العام**، و يتمثل بشعور الفرد بقلقٍ شديدٍ لمدة ستة شهور على الأقل.

11. **اضطراب القلق بسبب حالة طبية عامة**، و المتمثلة بأعراض مؤقتة من القلق و تكون نتيجةً مباشرةً لحالة طبية عامة مثل مشاكل جهاز الغدد، و أمراض القلب، و مشاكل الجهاز التنفُّسي، و مشكلات الأيض وغيرها من الحالات الطبية.

12. **اضطراب القلق الناتج عن الأعراض الجانبية للعقاقير و الأدوية الطبية**، و تتمثل بأعراض مؤقتة من القلق و التي هي نتيجة مباشرة لسوء استخدام العقاقير، و المخدرات أو التعرض للتسمم.

13. **اضطراب القلق غير المحدد**، و يتضمن الاضطرابات التي تكون مع قلق مؤقت أو تجنب رُهابي و لا يُحقق معايير أيٍّ من تعريفات اضطرابات القلق السابقة.

٢- و قد ميَّز سبيلبيرغر بين نوعين من القلق هما (المومني،٢٠٠١):

١. **قلق الحالة Anxiety State**: و التي تعرَّف على أنها استجابةٌ انفعاليةٌ غير سارة، تتسم بمشاعر تتضمن التوتر و الخوف و العصبية و الانزعاج، و تحدث عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، و تزول بزوال الأمر المُقلق.

٢. **قلق السمة Anxiety Trait**: وهي استعدادٌ ثابتٌ نسبياً لدى الفرد، يتصف بقدرٍ من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، مع وجود فروق فردية بين الأشخاص في طريقة إدراكهم للعالم.

## أسباب القلق:

أشار كُلٌ من Beck, Emery &Greenberg (١٩٨٥)، و العبيدي (٢٠٠٩) إلى أن أسباب القلق هي كالتالي:

١. الاستعداد الوراثي.
٢. الاستعداد النفسي المتمثل بالصلابة النفسيَّة و أنماط الشخصيَّة المختلفة.
٣. مواقف الحياة الضاغطة و الضغوط الثقافية و البيئية و ضغوط الحضارة الحديثة.
٤. عدم التطابق بين الذات الواقعيّة و الذات المثاليَّة و عدم تحقيق الذات.
٥. خبرات شخصية و جنسيّة شديدة.
٦. و اقترح العلماء التحليليين عقدة اوديب و الكترا غير المحلولة كسبب للقلق.
٧. ، أمراض جسديّة أدّت إلى اضطراب دائم في كيمياء الدماغ.
٨. إصابات في مرحلة النمو أدت إلى حدوث ضعف مثل إصابات الدماغ.
٩. معتقدات و تحيزات معرفيّة غير منطقيّة.

هناك العديد من النظريات و النماذج التي فسَّرت القلق، فقد انشغل الإنسان بالبحث عن ماهية القلق و حاول الوصول إلى تفسيرات تساعده على فهم آلية نشوء و تطور اضطراب القلق عند البشر، فاتجه بداية إلى تفسير القلق بربطه بالوقائع البيئيّة بوصفه من عمل الأرواح الخبيثة،

أو من أوجه القمر أو بضغوط الحياة العصبيّة، لم تقنع هذه التفسيرات فرويد و قام بطرح تفسير أشمل بحيث اقترح نموذجا مفصلاً مبنيا على أساس دور الصراعات الداخليَّة في نشأة القلق و بقاؤه. و لكن أيضا لم يُرضِ هذا التفسير كثيراً من القائمين على رعاية المرضى بحيث قاموا بالبحث عن أساس بدني للقلق ، ولكنهم أيضا لم يجدوا تفسيرا لهُ (شيهان،١٩٨٨).

و استمرَّ العلماءُ بطرح نماذج و نظريات تفسر القلق. فكثير من المنظرين و الباحثين ناقشوا موضوع القلق حسب مضامينه، فعلى سبيل المثال: شدد لانغ Lang (١٩٧١) على قيمة قولبة الخوف و القلق كمجموعة لثلاث قنوات استجابة: هي المعرفية، السلوكيّة و الفسيولوجيّة. بحيثُ يفسّر الشخص القَلِق المثيرات بتحيز أثناء معالجته للمعلومات المتعلقة بها، و تكون استجابته السلوكيّة للقلق بالتجنُّب و الانسحاب و الانشغال بسلوكيات قهريّة لتقليل الانزعاج أو منع الخطر المتوقع. و أخيرا تتضمن الاستجابات الفسيولوجيّة أعراضاً من مثل ضيق النفس و الشعور بالاختناق و غيرها من أعراض استثارة الجهاز السمبثاوي.

و اقترح كُلٌ من كلارك و واتسون Clark & Watson (١٩٩١) في نظريتهم "الثلاثي" Tripartite للقلق و الاكتئاب بأن القلق يتكون من عاملين منفصلين؛ المزاج السلبي المرتفع الذي يرتبط بالمزاج الاكتئابي ( مثل الضيق و التوتر)، و الاستثارة الجسديّة المُرتَفِعة و التي تتضمن أعراضاً فسيولوجيّة ( مثل انقطاع النفس، التعرق، تزايد ضربات القلب) ( Antony, Orsilo & Roemer, 2001 ).

و كانت نظرية اوتو رانك Oto Rank تقترح أن الإنسان يمر طوال مراحل حياته بخبرات انفصال، و أن هذه الانفصالات تسبب له صدمة مؤلمة و قلق شديد، و كل انفصال بعد أول انفصال للطفل عن أمه هو مسبب لظهور القلق . و تحدث عن قلقين أساسيين في حياة الفرد هُما قلق الحياة؛ حيث يشعر الفرد بالخوف من التقدُّم و الاستقلال الفردي، و القلق الثاني هو قلق الموت، و الذي يكون بسبب الخوف من فقدان الفرديَّة و الاعتماد على الآخرين. (الهيتي، ١٩٨٨).

أما بالنسبة لنظرية كارين هورني Karen Horney، في القلق، فهي تعزو القلق إلى ردة فعل الفرد لخطر غامض غير منطقي، و هذا ما يميّز القلق عن الخوف الذي يكون لسبب معروف، و أن القلق يكون لشعور الفرد بخطر غير قادر على مواجهته و يشعر بالعجز أمامه، و أن عوامل نفسيَّة داخليّة تقوم بتعظيم هذا الخطر. و يكون شعور المرء بالعجز متوقفا على اتجاه المرء نفسه و معنى الموقف للفرد. و أشارت في نظريتها إلى الطرق التي يحاول الفرد عن طريقها

تجنب القلق مثل التبرير، الإنكار، و تجنب المواقف التي تستثير القلق أو تقود إلى التفكير بـــــه ( الهيتي، ١٩٨٨).

يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن القلق ينشأ عن الصراع الداخلي بين رغبات تريد الإشباع و عقبات تواجه هذه الرغبات، و كان تركيزهم على رغبات الليبيدو عند الأفراد و كيفيّة إشباع هذه الرغبات ( Kaplan & Sdock, 1996).

أما نظرية التعلُّم فتقترح في تفسيرها للقلق ما يلي:

- أن القلق ينتج من الإحباط أو الضغط. فما أن يخبُرَ الفرد القلق، يصبح استجابة مشروطة بمواقف إحباط و ضغط أخرى أقل حده.
- أن القلق قد يكون مُتعلَّم من خلال تمييزه عند أحدهم و تقليد أنماط القلق عند الوالدين (نظرية التعلُّم الاجتماعي).
- أن القلق مرتبط بمثيرات ذات طبيعة مخيفة؛ مثلاً، حادثة، انتقلت لمثير آخر خلال الاشتراط مسببة الخوف المرضي.

ولكي يستطيع الفرد أداء مهامه اليومية فإن المثيرات البيئية المحيطة تؤثر في الحالة الداخلية التي يكون عليها الفرد أثناء تأديته هذه المهام؛ بحيث يؤدي القلق إلى تشتت الانتباه و التفكير، و أنماط سلوكية سلبية غير فعالة. أيضا من الآثار الفسيولوجية للقلق؛ الصداع و خفقانٌ في القلب و عسرٌ في الهضم، و هناك علاقة بين القلق و الأمراض الجسديَّة، فعلى سبيل المثال، القُرح الهضمية الناتجة عن تآكل جدران الإثني عشر و المعدة بسبب زيادة إفراز الأحماض المعدية، تاركةً بعض الجروح فيها؛ وجد أن القلق يساهم في زيادة إفرازها، و تظهر جميع هذه الأعراض المذكورة عند الشعور بقلقٍ حاد، (العبيدي، ٢٠٠٩).

**الاكتئاب**

يعد الاكتئاب من الاضطرابات الشائعة بحيث أنه في حلول عام 2020 و وفقا لمنظمة الصحة العالمية، فإن الاكتئاب سيصبح قريبا ثاني سبب رئيسي للعجز و العبء على منظومات الصحة في الدول النامية (Vieweg, Hasnain, Lesnefsky, Turf & Pandurangi, 2010). و يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشارا و تؤثر بجميع الفئات العمرية ( Daley & Salloum,

2001)، و يقع تحت تصنيف اضطرابات المزاج؛ حيث أن الاكتئاب يؤثر في مزاج الشخص و مشاعره، و يتمثل العرض الأبرز فيه بالحزن الشديد، الذي يؤثر على الأداء الوظيفي للفرد و قد يصل به إلى الانتحار(Hammen, 1997) . و تشير بعض الإحصائيات إلى أن ما نسبته ٢٠% من البشر يُصابون بالاكتئاب في مرحلة ما من حياتهم، و أن ١٠% على الأقل من مرضى الذين يعانون من الاكتئاب سينتحرون (هيندر، ٢٠٠١)، و يحدث الاكتئاب بنسبة ٥% بين الأطفال (البقور، ٢٠٠٢)، و ينتشر بين الإناث بما يقارب الضعف منه عند الرجال، بحيث تشكل اضطرابات الاكتئاب ما نسبته ٤١,٩% من العجز للاضطرابات النفسية عند النساء مقارنة ب ٢٩,٣% منها عند الذكور ( WHO, 2011) (World Health Organization) ، و نسبة إصابة النساء بالاكتئاب في حياتهن تتراوح بين١٠-٢٥% أما بالنسبة للذكور فالنسبة تتراوح بين ٥-١٠% ( Daley & Salloum, 2001 ).

و يعرِّف إنجرام (1994) الاكتئاب بأنه " اضطراب مزاجي أو وجداني، و يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجيَّة تفوق التقلبات المزاجيَّة الأخرى"، و عرّفهُ فرج طه و آخرون (1993) على انه " حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون واضحة في الجانب الانفعالي لشخصيَّة المريض حيثُ يتميز بالحزن الشديد و اليأس من الحياة، و وخز الضمير و تحميله شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد.. و كثيرا ما تصاحب حالات الاكتئاب هذاءات و هلاوس تسندها و تدعمها. و حالة الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير، و لا يتخلف عنها تدهور عقلي، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسيَّة الأخرى" (فايد،2001). كذلك عُرِّفَ الاكتئاب على انه اضطراب انفعالي يتمثل بأعراض نفسيّة و بدنيّة، تعكس مزاج المريض و معاناته و تسهم بهذا الاضطراب عوامل ثقافيَّة و بيوكيميائيّة ( العبيدي، 2009).

## أنواع الاكتئاب وتصنيفاته:

ذكر السرحان وزملائه عدة تصنيفات للاكتئاب (السرحان، وآخرون، ٢٠٠١).

**١- التصنيف حسب السبب:**

أ- <u>الاكتئاب الداخلي والتفاعلي</u>: وهو تصنيف قديم اعتبر أن الاكتئاب إما أن يكون ناتج عن ظروف خارجية، أو أن يكون داخلي. إلا أن هذا لا يعتبر دقيق حيث تشير العديد من الدراسات

الحديثة إلى وجود تفاعل بين العوامل الداخلية والخارجية، بحيث يكون لدى الفرد استعداد داخلي، ويتعرض لعوامل خارجية تؤدي إلى إصابته بالاكتئاب.

ب – الاكتئاب الأولي والثانوي: وهذا التقسيم للتفريق بين أن يكون الاكتئاب هو أول مرض نفسي يصاب به الفرد ويعد أولياً، أو أن يكون حدث مع خلفية لاضطرابات نفسية أخرى مثل الفصام، أو الإدمان على الكحول والمخدرات، وكذلك الذي يترافق مع بعض الأمراض العضوية أو العقاقير بحيث يعد ثانوياً.

ج. الاكتئاب العضوي وغير العضوي: على الرغم من أن كافة أشكال الاكتئاب تظهر بالنهاية نتيجة للتغيرات الكيميائية في مراكز التحكم بالمزاج، إلا أن الاكتئاب العضوي يقصد به الاكتئاب الذي ينتج بشكل مباشر عن مرض عضوي، مثل إصابات وأورام وجلطات الدماغ، وغيرها من الأمراض، أو الناتج عن عقاقير طبية مثل أدوية الضغط، والكورتيزون أو مواد الإدمان مثل الكوكايين والقات والكحول.

**٢- التصنيف حسب الأعراض:**

أ- اكتئاب عصابي

ب- اكتئاب ذهاني: والذي يفصل بينه وبين الاكتئاب العصابي هو الأعراض الذهانية، مثل الأوهام والهلاوس.

**٣- التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان:**

أ- الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب: يشكل الاكتئاب جزءاً من اضطرابات المزاج التي تشمل الزهو (الهوس) والحالات المزاجية المختلطة والاكتئاب، ولذلك عد الاكتئاب أحادي القطب إذا تكرر كحالات اكتئاب دون أن يتخللها حالات من الهوس، وثنائي القطب إذا كان الاكتئاب يتناوب حدوثه مع حالات من الزهو والحالات المزاجية المختلطة.

ب- الاضطراب المزاجي الموسمي: هناك فئة من المرضى يتكرر عندهم اضطراب المزاج في نفس الوقت من السنة، كأن يحدث الاضطراب في الخريف أو الشتاء ثم يتحسن المريض في الربيع والصيف. وفي حالات أخرى فإن الاكتئاب أو الزهو يتكرر مع تغير الفصول، وخصوصاً بداية فصل الربيع وتم ربط هذا الشكل من اضطراب المزاج بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ.

ج- اكتئاب الشيخوخة: وهو الذي يصيب الأفراد في عمر الشيخوخة، ويعتبر أقل تجاوبـاً مـع العلاج، ويكون سريع الانتكاس، ويتطلب علاج أطول مقارنة مع غيره من أنواع الاكتئاب.

**٤- التصنيف حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابعDSM-IV:**

أ- اضطراب الاكتئاب الرئيسي.

ب- اضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة الاكتئاب).

ج- اضطرابات اكتئاب أخرى: كالاكتئاب المتكرر وتكدر المزاج.

## أسباب الاكتئاب

هناك عدد من العوامل التي من الممكن أن تسهم في حدوث الاكتئاب مثل التغيرات في كيمياء الدماغ، و الاستعدادات الوراثية. و قد تلعب الشخصية أيضا دوراً بارزاً في مدى احتمالية ظهور أعراضٍ اكتئابية عند الفرد، و شدّة هذه الأعراض إن وُجِدَت. و من العوامل الأخرى المؤثرة في الإصابة بالاكتئاب أن يكون الفرد قد تعرض إلى صدمة انفعالية حادة، أو الكثير من الضغط النفسي، أو إساءة استخدام العقاقير أو الإدمان، و يصيب الاكتئاب جميع الفئات العمرية (Peacock & Casey, 2000). و هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير اضطرابات المزاج و أبرزها تلك التي فسّرت الأسباب الفاعلة في حدوث الاكتئاب أهمها:

- **النظريات البيولوجية**

١. العوامل الوراثيَّة: حيث تقترح هذه النظريات وجود عوامل وراثيَّة للاكتئاب تساهم في إصابة الفرد بهذا الاضطراب. تم إجراء دراسات على التوائم المتطابقة و غير المتطابقة، أيضا وجد أن هناك جين مرتبط بالاكتئاب الذهاني. (العبيدي،٢٠٠٩؛ Daley & Salooum, 2001).

٢. العوامل البيوكيميائيّة: و التي تشمل على النواقل العصبيّة و جهاز الإفراز الداخلي. فبالنسبة للنواقل العصبية، وجد أن هناك العديد منها مثل النورابنفرين، السيراتونين، و الأستيل كولين له علاقة بالاكتئاب؛ حيثُ ان النقص في هذه النواقل العصبية أو أي تغير في حساسية المستقبلات العصبيّة لهُ أثر على المزاج.

و كذلك الأمر بالنسبة لجهاز الإفراز الداخلي (الغُدد) فإن أي خلل في وظائف بعض الغُدد يؤثر على المزاج، فمثلا الإفراط في إفراز الكورتيزول، أو التغير في محاور الأدرينالين النُخامي أو ارتفاع مستوى هرمون الغدة الدرقية له الأثر المباشر على المزاج. و لا يفوتنا ذكر دور نتائج الأدوية العلاجية و الصدمات الكهربائية على العوامل الكيميائيّة في الاكتئاب (Daley & Salooum, 2001).

- **النظريات النفسيَّة-الاجتماعية و البيئيَّة** (فايد، ٢٠٠١، Daley & Salooum, 2001)

١. التحليل النفسي: فقد وصف فرويد الاكتئاب بأنه غضب موجَّه نحو الذات. و أبرز ما ورد عن فرويد في نظرية التحليل النفسي أن الاكتئاب يحصل نتيجة الفقدان مثل (موت الأم) أو فقدان أشخاص متعلق الفرد فيهم بحيث يُفَسِّر الشخص هذا الفقدان بالرفض فيغضب الشخص و يحوِّل هذا الغضب من الخارج إلى الداخل شعورا بالذنب و اعتقادا منه انه هو من تسبب بهذا الفقدان مما يدفع به إلى الحزن و لوم الذات و الشعور بالذنب.

و هناك علماء آخرين فسروا الاكتئاب من منظور تحليلي مثل أبراهام الذي عزى الاكتئاب إلى الفشل في الإرضاء الجنسي و الحصول على الحُب و أيّدهُ في هذا المنظور كُلا من رادو و بربرينغ حيث يكمن سبب الاكتئاب بالنسبة لهم في الفشل بالحصول على الحُب و منح الحُب.

٢. النظريَّة المعرفيّة: و أبرز ما ورد في النظرية المعرفيَّة و خصوصا عن بيك هو أن الأفراد المكتئبين يميلون للتفكير بسلبيَّة مما يؤثر سلبا على الحالة المزاجيَّة. و حدد بيك تفكير الاكتئابيين بصفات تتميز ب:

أ. العزو الخاطئ: حيثُ يتوصل الفرد إلى قرارات و استنتاجات بناءا على أدلة غير كافية.

ب. التجريد الانتقائي: بحيث يتوصل الفرد لاستنتاجاته من خلال انتقاء عنصر واحد دونا عن مجموعة أخرى من العناصر.

ج. المبالغة و التضخيم في الحكم على الأداء.

د. لوم الذات.

ه. إساءة تفسير الوقائع.

٣. النظريَة المعرفيَّة الاجتماعيَّة: بحيث تفسر سبب الاكتئاب بفقدان دوراً اجتماعي أو قيمة لدى الفرد؛ بحيث أن لهذه الأدوار و القيم قيمة ذاتية للفرد.

٤. المنظورات البين شخصيَّة: و التي ركزت على مواجهة الفرد لضغوط الحياة و تفاعله مع بيئته المحيطة. فقد تكون مواجهة الفرد غير فعالة للضغوط التي تواجهه و بالتالي تزيد من تأثير المشكلة عليه، و قد لوحظ أن الشخص المكتئب يتلقى بداية الدعم و التعاطف و لكن لاحقا و بسبب طبيعة المرض الذي تجعله اقل تفاعلا من الناحية الاجتماعية فإن الأشخاص الداعمين ينسحبون من حياته مما يزيد من ثقل المشكلة.

و يتم اعتماد تشخيص الاكتئاب عند الشخص وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual-Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR) عند وجود عدد من الأعراض التي تستمر لمدة أسبوعين. وتشمل هذه الأعراض:

أ. مزاج مكتئب معظم اليوم، و كل يوم تقريبا ، أو معظم أيام الأسبوع.

ب. نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام و الاستمتاع بمعظم الأنشطة و تحديداً تلك التي كان الفرد يستمتع بها أو يهتم بها سابقاً، و هذا معظم أوقات اليوم، و معظم أيام الأسبوع.

ج. نقصانٌ أو زيادةٌ ملحوظةٌ في الوزن.

د. أرقٌ أو إفراط في النوم.

ه. التعب بسهوله، و فقدان الطاقة.

و. الشعور بعدم الأهمية، و إحساس غير مبرر بالذنب.

ز. ضعف التركيز.

ح. أفكار متكررة بالموت و/أو الانتحار.

على أن تؤدي هذه الأعراض إلى عجز واضح في النواحي العائلية و الاجتماعية و الوظيفية، و أن لا تكون ناتجة عن سبب عضوي أو تأثير أدوية أو حالة طبية معينة، (APA; 2000).

## أمراض القلب

يُعتبر القلب ذلك العضو الحيوي الأهم في جسم الإنسان؛ حيث يقوم بضخ الدم لإنحاء الجسم بما يقارب الخمس لترات يوميا، بمعدل ٦٠-١٠٠ ضربة في الدقيقة. و يُعرَّف **القلب** بأنَّهُ مضخَّة عضليَّة لا إراديَّة مجوَّفة بحجم قبضة اليدّ، تزن حوالي ٣٥٠غم عند الرجل و ٣٠٠غم عند المرأة، موجودة في الصدر فوق الحجاب الحاجز، تعمل باستمرار، متوَّجة بثلاثة شرايين تاجيَّة تمدّها بالغذاء و الأكسجين، و عمل هذه العضلة ضخ الدم إلى كافة أنحاء الجسم (السامرَّائي ١٩٨٦، الطيارة و نعمة، ١٩٩٩؛ أبو المَجد، ١٩٩٩؛ ديفيدسون، ٢٠٠٢).

يتكوّن القلب من هيكل ليفي يُبطِّنُهُ غشاء يُسمّى بالشغاف Endocardium و يغلفه غشاءٌ آخر يُسمّى التامور Pericardium (القبّاني، جوخدار، بَشّور و قهواتي، ١٩٩٢)، و يتألف من أربع أجواف: **البطين الأيسر** Left Ventricular؛ و الذي يقوم بضخ الدم إلى الشريان الأورطي و الذي يعمل على توصيل الدم المُحمَّل بالغذاء و الأكسجين إلى جميع أنحاء الجسم من خلال تفرعاته الكثيرة. و **البطين الأيمن** Right Ventricular، الذي هو عبارة عن الجوف الذي يقوم باستقبال الدم المستهلك من الجسم، بعد أن تكون أجزاء الجسم قد استخلصت منه الأكسجين و الغذاء فيعود الدم للبطين الأيمن و الذي يقوم بضخ هذا الدم إلى الرئتين عبر الشريان الرئوي، و في الرئة تتم إعادة تحميل الدم بالأوكسجين، ثم يعود مرة أخرى للبطين الأيسر حيث تتكرر الدورة الدموية. و هناك أيضا **الأذين الأيمن** Left Atrial Appendage و **الأذين الأيسر** Right Atrial Appendage اللذان يقومان باستقبال و تجميع الدم عند وصوله إلى كل بطين. و يعرف البطين الأيمن مع الأذين الأيمن ب(القلب الأيمن) و البطين الأيسر مع الأذين الأيسر ب (القلب الأيسر) (أبو المَجد، ١٩٩٩؛ السامرّائي، ١٩٨٥). و تتصل هذه الحجرات بعضها ببعض من خلال **الصمامات** و هي عبارة عن أربع صمامات (الطيارة، ١٩٩٩):

- الصمام التاجي Mitral Valve في الفتحة بين الأذين الأيسر و البطين الأيسر.
- الصمام الأبهري Left Artio- Vent. Valve و يعمل كحلقة وصل ما بين البطين الأيسر و الشريان الأبهري.
- الصمام ثلاثي الشرفات Aortic Valve ويقع بين البطين الأيمن و الأذين الأيمن.
- الصمام الرئوي Pulmonary Valve ويقع ما بين البطين الأيمن و الشريان الرئوي و هو شبيه للصمام الأبهري من حيث الشكل و التركيب ولكنه اكبر مساحة.

تُعتبر أمراض القلب حالة موهنه تؤثر بشكل كبير جدا على حياة المرضى و عائلاتهم، و تؤثر على جودة حياتهم ( Abu Hasheesh, Almostafa & Ahmed, 2010 ). و أهم سبب للموت عند الرجال في عمر الأربعين و قد ذكر جوخدار ١٩٨٥ " لا تزال أمراض القلب، خاصة المرض القلبي بنقص التروية، و الذي ينجم عادة عن إصابة عصيدَّة تضيِّق أو تسدّ واحدا أو أكثر من الشرايين الإكليليَّة (التاجيَّة) القاتل الأول في المجتمعات الصناعيَّة". تُشكل أمراض القلب العبء الأكبر على منظومة الصحة العالميَّة، فحسب منظمة الصحة العالمية WHO فإنه و بحلول عام ٢٠٢٢ ستشكل أمراض القلب العبء الأول على نظام الصحة العالمية.

يُستخدم مصطلح أمراض القلب للدلالة على عددٍ من الاضطرابات التي تصيب القلب من مثل:

- أمراض القلب التاجيَّة (الإكليليَّة) Coronary Heart Diseases (CHD) و التي تحدث بسبب نقص كمية الأكسجين الواصلة إلى عضلة القلب. و يمكن أن يُشار إلى عدد من أمراض القلب ب مصطلح مرض قلب تاجي مثل مرض الشرايين الإكليليَّة، و مرض القلب الاقفاري (نقص الترويه) Ischemia Heart Disease (IHD) و ذلك عند حدوث تضُّق في الأوعية الدمويَّة يحصل نقص في الترويه الدمويَّة لعضلة القلب، و احتشاء عضلة القلب Myocardial Infraction (MI) و هو موت عضلة القلب نتيجة إحصار في الترويه الدمويّة ( ديفيدسون، ٢٠٠٢؛ أورنيش، ١٩٨٨).
- هبوط القلب (Heart failure) والذي يعرَّف على انه عدمُ قدرة القلب على العمل بكفاءة لتلبية الحاجات الأيضية للجسم و الأنسجة في حالة الراحة أو النشاط (ديفيدسون،٢٠٠٢؛ Taylor, 2005).
- الذبحة القلبية (Angina Pectoris) التي تعرَّف على أنها موتُ جزءٍ من عضلة القلب بسبب انعدام تغذيته بالدم، وهو ينجم عن انسداد احد الشرايين التاجية التي تقوم بتغذية ذلك الجزء من عضلة القلب (الدراس، ١٩٩٩) ، و بعض الاضطرابات الأخرى.

و تصيب أمراض القلب الأفراد من جميع الأعمار: الأطفال حديثي الولادة و الذين يعانون من تشوهات خَلقية في القلب، المراهقين و البالغين ( أمراض روماتيزم القلب)، و البالغين الأكبر

سنا حيث يصيبهم مرض القلب الاقفاري (نقص الترويه القلبية) بسبب حصول انسداد في الشريان التاجي، أو ارتفاع ضغط الدم ( Hamlyn, 1985 ).

و تبدأ علاجات هذه الأمراض بالعقاقير الموصوفة من الطبيب المختص المعالج، أو من خلال جراحة القلب المفتوح Open Heart Surgery إن استدعت حالة المريض التدخل الجراحي؛ و ذلك لتحسين جريان الدم إما من خلال جراحة مجازة الشرايين التاجيَّة (تطعيم الشرايين) Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) أو من خلال توسعة الشرايين و تسمى العمليَّة ب رأب الأوعية الدمويّة (Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA.

تقسم أسباب أمراض القلب إلى عوامل قابلة للتبديل، و أخرى غير قابلة للتبديل و هي كالتالي (ديفيدسون، ٢٠٠٢):

- **عوامل قابلة للتحكم**

التدخين و تناول المشروبات الكحولية بكثرة

ارتفاع ضغط الدم و الكوليستيرول

التوتر النفسي

قلة النشاط الجسدي

داء السكري

زيادة الوزن

- **عوامل غير قابلة للتحكم**

الوراثة العائلية

الجنس

العمر

و بالرغم من انه يُنظر لأمراض القلب على أنها عضوية المنشأ، إلاّ أن الاختصاصيين لا يُنكرون العوامل النفسية و دور الانفعالات في تفاقم و زيادة الأعراض الطبية لهذا المرض، حتى أن بعض الأطباء يعتبر تأثير العوامل الانفعالية على الأمراض العضوية و بشكل خاص انسداد الشريان التاجي تأثرا مهما (الأخرس، ١٩٥٩).

هناك عدد من أمراض الأوعية الدموية و القلب تقع ضمن تصنيف الأمراض السيكوسوماتيَّة، و تشتمل على ( الأخرس، ١٩٥٩؛ العبيدي، ٢٠٠٢؛ ياسين، ١٩٨١):

- عصاب القلب، و يشار به إلى أعراض تصيب القلب و لكنها سيكولوجيَّة الأصل. و تشمل الأعراض ارتعاش و خفقان في القلب مرفقا بقصر النفس و تشنج و ألم.
- التوتر الزائد، و نشير به إلى الغضب الذي يعتبر من أهم العوامل التي ترفع ضغط الدم بشكل فوري، و تضع عبئا ثقيلا على الأوعية الدمويَّة و جهد زائد على القلب، مما يؤدي إلى تغيرات عضوية مدمرة.
- الإغماء، فقد يحدث بسبب خوف شديد انخفاضا مفاجئا في ضغط الدم.
- الصداع، بحيث و نتيجة للتوتر الزائد تحصل تغيرات في أوعية القلب تؤدي الى زيادة الضغط الداخلي للجمجمة.

**و من أهم العوامل الانفعالية المؤثرة في أمراض القلب:**

القلق: بحيث يعجّل التوتر بتخثر الدم في الشرايين، و يعجّل بالأزمة القلبية بسبب ما يحدث من تلف في الشرايين.

الاكتئاب: بحيث يزيد الاكتئاب من تأثير عامل التدخين، و وُجد أن معدل تخثر الدم في الشريان التاجي لمرضى الاكتئاب المدخّنين يعادل ثلاث أضعاف معدله عند مرضى الاكتئاب غير المدخّنين (عبد الرحمن، ١٩٩٩).

الضغوط النفسيَّة: بحيث تصبح وظائف الجسد في أدنى مستوى لها.

## الدراسات السابقة

فيما يلي استعراضٌ للدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة بالقلق و الاكتئاب عند مرضى القلب الذين ينتظرون عملية جراحية.

و في دراسة أخرى قام بها Gracia-Ribera, Diaz, Espluga, Pascual, and Bulbena (2008) و كان من أهدافها التعرف على العلاقة ما بين القلق و احتمالية الإصابة بأمراض القلب. و أظهرت النتائج أن المرضى الذين يعانون من القلق تكون الخطورة عندهم أعلى بأربعة أضعاف للإصابة بأمراض القلب.

و في دراسة قام بها Hoyer, Eifert, Einsle, Zimmermann, Krauss, Knaut, Matschke & Köllner (2008) لمعرفة درجة القلق عند مرضى جراحة القلب مقارنة بمن ليس عندهم تشخيص بمرض القلب. و أظهرت نتائج الدراسة أن معدلات القلق عند مرضى القلب قبل العملية الجراحية كانت أعلى بكثير من درجات أفراد العينة الضابطة.

في دراسة أُخرى قام بها Krannich, Weyers, Lugeger, Herzog, Bohrer & Elert (2007) بهدف التعرف على مستويات القلق و الاكتئاب عند مرضى القلب قبل و بعد العمليات الجراحية، وعلاقة تلك المستويات بعمر المرضى. وجد الباحثون أن ٢٥,٨% من المرضى عندهم اكتئاب إكلينيكي قبل العمليَّة الجراحيَّة، و ١٧,٥% منهم بعد العمليَّة الجراحيَّة. و ٣٤% من المرضى كان عندهم قلق إكلينيكي قبل العمليَّة الجراحيَّة و ٢٤,٧% كانوا لا يزالون مكتئبين بعد العملية الجراحية. و وُجِد أن المرضى الأصغر سناً هُم الأكثر قلقا قبل العمليَة.

في دراسة قام بها كُلٍ من Székely, Balog, Bénkö, Breuer, Székely, Kertai, Horkay, Kopp & Thayer (2007) هدفت إلى الكشف عن إسهام كل من القلق و الاكتئاب في التنبؤ بوفاتهم أو عودتهم إلى المستشفى بسبب خللٍ في القلب. و تم مُتابعة المرضى لأربعة سنوات بعد العملية الجراحية. و أظهرت النتائج ارتفاعا في نسبة الوفاة أو إعادة العودة للمستشفى بعد العمليَّة الجراحيَّة عند المرضى الذين كان قلق السمة و الاكتئاب مرتفع عندهم قبل العمليَّة الجراحيَّة.

و في دراسة على مرضى الاكتئاب، قام بها كل من Baranyai, Gilles, Menart-Houtermans, & Tschoepe (2004) هدفت إلى التعرف على مدى إسهام الاكتئاب في زيادة نشاط الصفائح الدموية، حيث تم مقارنة مجموعة تجريبية من المكتئبين مع مجموعة ضابطة من

غير المكتئبين، و وُجد أن نشاط الصفائح الدموية عند الأشخاص الذين عندهم اكتئاب كان أعلى بكثير ممن هم غير مكتئبين. مما يعني زيادة خطورة إصابتهم بأمراض في القلب و الأوعية الدموية.

و في دراسة أُخرى قام بها Rymaszewska, Kiejna & Hadryś, (2003) هدفت إلى تقديم صورة عن مستويات القلق و الاكتئاب عند مرضى جراحة مجازة الشرايين التاجيَّة (تطعيم الشرايين) (CABG)، حيثُ قاموا بتطبيق هذه المقاييس على (٥٣) مريض جراحة القلب قبل العمليَّة الجراحيَّة بأيام قليلة و مباشرة بعد العملية الجراحيَّة، حيث وجدوا أن ما يقارب ٥٥% من المرضى كان عندهم قلق قبل العمليَّة الجراحية، و ما نسبته ٣٤% من المرضى عندهم قلق بعد العمليَّة الجراحيَّة و ٣٢% منهم بعد العمليَّة بثلاثة شهور. أمّا بالنسبة للاكتئاب فكان ٣٢% من المرضى عندهم اكتئاب قبل العملية، و ٢٨% منهم بعد العمليّة مباشرة عندهم اكتئاب و ٢٦% منهم كان عندهم اكتئاب في مرحلة المتابعة. و وجدوا أن الدرجات المرتفعة للقلق و الاكتئاب قبل العملية تتنبأ بالصحة النفسية بعد العملية.

أيضا و جد Baker, Andrew, Schrader & Knight (2001)، في دراسة عن مستويات الاكتئاب قبل العمليَّة الجراحية عند (١٥٨) مريض سيخضعون لِجراحة مجازة الشرايين التاجيَّة (تطعيم الشرايين) (CABG)، واحتمالية الوفاة لهؤلاء المرضى بعد العمليَّة الجراحية، وجدوا أن الارتفاع في أعراض الاكتئاب قبل العمليَّة الجراحيَّة (CABG) قد يكون متنبئاً ذا دلالة للوفاة بعد العمليَّة الجراحيَّة، فقد كان هناك ١٥% من عينة الدراسة تم تصنيفهم بأنهم يعانون من ارتفاع بأعراض الاكتئاب قبل العمليَّة الجراحيَّة، و بعد متابعة المرضى لثلاثة شهور تبين أن ١٢,٥% من هؤلاء المرضى توفوا بعد العمليَّة الجراحيَّة، مقارنة بـــ ٢% حالات وفاة عند المرضى الذين كانت درجاتهم على الاكتئاب قبل العملية غير مرتفعة.

و في دراسة قامت بها الدراس (١٩٩٩)، بهدف التعرف إلى العلاقة بين مجموعة من العوامل النفسيَّة و منها القلق، و متغير الجنس و بين أمراض القلب في الأردن. بحيث شملت دراستها (١٢٠) مريض من الذكور و الإناث، و نصف العينة كان من المرضى المقيمين في مستشفيات عمان، و النصف الآخر عينة عشوائية من المجتمع من الأسوياء غير المصابين بأمراض القلب. و دلت نتائج دراسة الدارس أن هناك علاقة ايجابية بين الإصابة بأمراض القلب و الدورة الدمويَّة و بين القلق.

في دراسة قام بها Vingerhoets (1998) وهدفت إلى التعرف على مدى انتشار القلق و الاكتئاب قبل عملية القلب المفتوح عند المرضى، و شملت الدراسة (80) مريضاً قبل العملية الجراحية بيوم، و بعد العملية الجراحية ب 7 أيام، و بعد 6 شهور من العملية الجراحية. و قد تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب – النسخة الثانية و مقياس حالة و سمة القلق للكبار، كانت قد حققت الإناث درجات أعلى على مقياس قلق السمة، و مقياس قلق الحالة، و مقياس الاكتئاب من الرجال في كل التقييمات. و لم تظهر هناك ارتباطات ذات دلالة بين العمر و المستوى التعليمي مع مستويات قلق الحالة و الاكتئاب. و سجّل المرضى مستويات مرتفعة من قلق الحالة في جميع التقييمات.

و كان قد أجرى Carpenter & Johnston (1980) دراسةً عن القلقِ قبلَ العمليَّةِ الجراحية و نتائجه على الحالةِ الانفعالية بعد العمليَّة الجراحيَّة، حيث وجد أنه كلما كانت مستويات القلق أقل قبل العملية الجراحية، كلما كانت معدلات الشفاء أكبر بعد العملية و كذلك كلما كانت أيضاً معدلات التدبر التكيفي السليم أعلى بعد عدة أيام فقط من العملية الجراحيّة.

و يتضح من خلال الدراسة الحاليَّة أن هناك قلق و اكتئاب ذو دلالة قبل العملية الجراحية عند مرضى جراحة القلب في المجتمع الأردني، و ذلك يتماشى أيضا مع نتائج الدراسات التي ورد ذكرها سابقا.

**الطريقة و الإجراءات**

تعرض الباحثة في هذا الفصل توضيحا عن منهجية الدراسة و وصفا لعينة الدراسة، وكيفية اختيار أفرادها، بالإضافة إلى الأدوات التي استخدمت في الدراسة و أدلة صدقها و ثباتها. إضافة لذلك ستقوم الباحثة بوصف إجراءات الدراسة من حيث جمع أفراد العينة و تطبيق الأدوات و تصحيحها و الحصول على النتائج، و من ثم توضيح متغيرات الدراسة و التصميم الإحصائي المستخدم في معالجة البيانات.

## منهجية الدراسة

قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي؛ وذلك لملائمته لمتغيرات الدراسة.

## مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من المرضى الذين يعانون من أمراض القلب و الذين هم مقيمون في مستشفيات مدينة عمان بانتظار إجراء عملية جراحية للقلب. و الأطباء القائمين على رعاية هؤلاء المرضى، و الذين كانوا استشاريي جراحة قلب، و أطباء اختصاص جراحة قلب، و أطباء مقيمي جراحة قلب في مستشفيات مدينة عمان.

## عينة الدراسة

كانت عينة الدراسة عينة متاحة، تكونت من ١١٣ مريض من المطروحة أسمائهم على قائمة الانتظار لإجراء عملية جراحية في القلب المقيمين في مستشفيات مدينة عمان الحكومية و الخاصة، منهم ٩٥ ذكور، و ١٨ إناث. و تراوحت أعمارهم بين ١٨ عام إلى ٧٥ عاما كما هو مبين في الجدول رقم (١). و بلغت نسبة المرضى المتزوجين ( ٨٥,٨% )، و العازبون (6.2%) ، و الأرامل و المطلقين ( 8 %) من عينة الدراسة، و يبين الجدول (٢) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية.

الجدول (١) توزيع عينة الدراسة حسب الفئات العمرية

| # | الفئة العمرية | عدد المرضى | نسبتهم من العينة |
|---|---|---|---|
| ١ | ١٨- ٣٠ | 3 | 2.7% |
| ٢ | ٣١-٤٠ | 4 | 3.8% |
| ٣ | ٤١-٥٠ | 25 | 22.2% |
| ٤ | ٥١-٦٠ | 43 | 38.1% |
| ٥ | ٦١ فما فوق | 36 | 31.9% |

و كان اثنان من عينة الدراسة لم يذكروا أعمارهم في الاستبيانات.

الجدول (٢) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

| # | الحالة الاجتماعية | عدد المرضى | نسبتهم من العينة |
|---|---|---|---|
| ١ | متزوجون | 97 | 85.8% |
| ٢ | عازبون | 7 | 6.2% |
| ٣ | ارامل و مطلقين | 9 | 8% |

و تفاوتت المستويات التعليمية للمرضى ما بين مستوى اقل من ثانوية عامة و لكن يجيد القراءة و الكتابة بمستوى جيّد و إلى مرحلة الدكتوراه، بلغت نسبة المرضى الذين كان مستواهم التعليمي أقل من ثانوية عامّة ( 47.8%) ، والمرضى الذين كان مستواهم التعليمي ثانوية عامة (25.7%)،و المرضى الذين كان مستواهم التعليمي دبلوم ( 8.8% )، و المرضى الذين كان مستواهم التعليمي بكالوريوس ( 8.8% )، و المرضى الذين كان مستواهم التعليمي دراسات عليا ( 8.8% ) من عينة الدراسة. و الجدول (٣) يبين هذه المعطيات:

جدول(٣) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

| # | المستوى التعليمي | عدد المرضى | نسبتهم من العينة |
|---|---|---|---|
| ١ | أقل من ثانوية عامة | ٥٤ | %٤٧,٨ |
| ٢ | ثانوية عامة | ٢٩ | %٢٥,٧ |
| ٣ | كلية مجتمع | ١٠ | %٨,٨ |
| ٤ | بكالوريوس | ١٠ | %٨,٨ |
| ٥ | دراسات عليا | ١٠ | %٨,٨ |

وكان ٤١% من أفراد عينة الدراسة ممن هم على رأس عملهم و ٥٩% من أفراد عينة الدراسة كانوا ممن لا يعملون. خضع ٥٤% من مرضى عينة الدراسة لجراحة CABG مع تفاوت عدد الشرايين التي تم استبدالها، و 13.3% من عينة الدراسة خضعوا لجراحة استبدال الصمام VAR (Ventricle Artery Replacement) ، و ما تبقى خضعوا لأنواع أخرى من الجراحات مثل استبدال الشرايين و استبدال الصمام معا، إصلاح عيوب القلب الخَلقية.

جدول (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة على أنواع العمليات الجراحيَّة

| # | نوع العمليَّة الجراحيَّة | عدد المرضى | نسبتهم من العينة |
|---|---|---|---|
| ١ | جراحة مجازة الشرايين التاجيَّة | 62 | 54% |
| ٢ | جراحة استبدال الصمام | 15 | 13.3% |
| ٣ | عمليات أخرى | 19 | 16.8% |

## أدوات الدراسة

### ١. اختبار قلق السمة و الحالة:

تم إصدار التصميم الأول من مقياس القلق سمة و حالة من قبل تشارلز و زملاؤه في عام ١٩٧٠و عادوا أصدروا النسخة المعدلة عنه عام ١٩٨٣. و يتألف المقياس من مقياسي تقرير ذاتي يحوي كلاً منهما على ٢٠ فقرة، تقيِّم مستويات قلق كُلٍ من الحالة و السمة، يشير المستجيب بإجابته عن كل فقرة تعكس كيف يشعر الآن ( في هذه اللحظة) على مقياس قلق الحالة و تكون الدرجات مرتفعه في حالة مواقف تهديد خطرة، و عندما يتم تقييم الشخص من قبل آخرين بشكل يهدد تقديره لذاته ، و كيف يشعر بشكلٍ عام على مقياس قلق السمة و تكون الدرجات مرتفعة في حال شعر الشخص بخوفٍ من شرٍّ أو تهديدٍ مُتوقع، مع ما يُصاحب ذلك الشعور من قلق، و عصبية، وعدم راحة، و لكل فقرة أربع درجات وهي (مطلقاً، قليلاً، أحياناً، كثيراً) و تُعطى كلُّ إجابة درجةً محددة من (١-٤). حيث يشير رقم (١) إلى عدم وجود قلق و الرقم (٤) يشير إلى أعلى درجة من القلق. ترتبط بعض الفقرات بغياب القلق مثل (أشعر بالهدوء) فتشير الدرجة المرتفعة عليها على انخفاض القلق، و تتم عكس أوزانها قبل احتساب الدرجة الكلية. أما الفقرات التي يتم عكس درجاتها في مقياس قلق الحالة هي: ١، ٢، ٥، ٨، ١٠، ١١، ١٥، ١٦، ١٩، ٢٠. و الفقرات التي يتم عكس أوزانها في مقياس قلق السمة هي: ١، ٦، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩. و تتراوح الدرجة الكليَّة على المقياس لكل من مقياس قلق الحالة و السمة كلٌ بشكل منفصل بين (٢٠-٨٠) درجة. و يكون التطبيق المعياري لَهُ بتطبيق مقياس قلق السِّمة أولا ثُمَّ يُتبع بمقياس قلق الحالة.

و لحساب مستويات القلق حالة و سمة عند أفراد عينة الدراسة؛ تم وضع متوسط لدرجات المفحوصين، و احتساب الدرجات للمفحوصين كالتالي: إذا كانت درجة المفحوص من (٢٠-٤٠) فذلك يعني انه يعاني من قلق بدرجة منخفضة، و إذا كانت درجة المفحوص من (٤١-٦٠) فذلك يعني انه يعاني من قلق بدرجة متوسطة، و إذا كانت الدرجة من (٦١-٨٠) فذلك يعني انه يعاني من قلق بدرجة مرتفعة. و تم استخدام مقياس قلق السمة و الحالة لسبيلبيرغر في كثير من الأبحاث الإكلينيكيَّة، و أُثبت أنه مؤشر كفؤ لتوتر ما قبل العمليَّة (Vingerhoets, 1998).

**صدق و ثبات المقياس**

كما أشرت الدراس (1999) إلى أنه قد تم استخراج الصدق المنطقي للمقياس و ذلك بعرضه على محكمين مختصين لبيان صلاحية فقرات المقياس و مطابقتها للبيئة الأردنية و سهولة فهم الفقرات. و قد أجمع ٨٠% من الخبراء على سهولة فهم الفقرات للمفحوصين في البيئة الأردنيَّة.

كما أشار علاوي و نصر الدين أن اختبار القلق كحالة والقلق كسمة لسبيلبيرغر (Speielberger) قد صمم أصلاً كأداة بحث للكشف عن ظاهرة القلق لدى الكبار (من غير المضطربين نفسياً).

استخدم (سمرين، ١٩٩٥) مقياس سبيلبيرغر كحالة وسمة (وقام بإجراء صدق المحكمين)، حيث قام بعرض أداة القياس على خبراء من كلية التربية لبيان صلاحية فقرات الاستبيان ومدى ملائمتها للبيئة الأردنية، ويشير إلى أن ٩٥% من الخبراء أجمعوا على سهولة فهم الفقرات للمفحوصين في البيئة الأردنية.

**ثبات الأداة:**

و للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الأردنيَّة، أيضا أشارت الدراس (١٩٩٩) إلى انه تم استخراج معاملات ثبات المقياس باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، و معامل ألفا ( Alpha Coefficient ). و قد استخرج معامل ألفا تبعا للجنس و قلق الحالة و قلق السمة و القلق الكلي. و تم تطبيق المقياس على عينة من الذكور، و كان معامل الثبات (ألفا) لقلق الحالة ( ٠,٨٥)، و (٠,٧٦) لقلق السمة، و كان (٠,٩٠) للقلق الكلي. أما العينة الثانية كانت من الإناث، حيثُ ظهر معامل الثبات (ألفا) لقلق الحالة (٠,٨٧)، و (٠،٧٧) لقلق السمة، و (٠,٩١) للقلق الكلي.

و يذكر الشاويش (١٩٩١) أن النتائج التي توصل إليها للاتساق الداخلي تتفق مع نتائج دراسة فاروق (١٩٨٦) لنفس المقياس، و التي أجراها في البيئة المصريَّة، حيث كان معامل ألفا عنده لقلق الحالة عند الذكور (٠,٩١) و للإناث (٠,٩٤)، أما بالنسبة لقلق السمة فقد كانت للذكور (٠,٧٧) و للإناث (٠,٩١).

أيضا قام (سميرين، ١٩٩٥) باستخراج معامل الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي ومعامل كرونباخ ألفا، من خلال توزيعه على(٩١) مفحوصاً. وبواقع (٦١) ذكراً و (٣٧) أنثى، حيث تم استخدام طريقة الاتساق الداخلي لمعامل كرونباخ ألفا، حيث كانت قيمة معامل الارتباط

بالنسبة لمقياس حالة القلق (٠,٨٦) بالنسبة لعينة الذكور و (٠,٨٩) بالنسبة لعينة الإناث. أما سمة القلق فقد بلغت هذه القيمة (٠,٧٨) بالنسبة للذكور و (٠,٧٩) بالنسبة للإناث. أما للمقياس ككل فقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠,٨٢) لدى الذكور و (٠,٨٤) لدى الإناث.

وقد قامت الباحثة الحالية باستخراج معاملات الثبات لمقياس القلق (الحالة–السمة) على عينة الدراسة الحالية. حيث كانت قيمة معامل الارتباط كرونباخ ألفا بالنسبة لمقياس حالة القلق (٠,٨٤٣) و لسمة القلق (٠,٨٥١) أما للمقياس ككل فكانت (٠,٨٩).

**٢. قائمة بيك للاكتئاب (النسخة الثانية) Beck Depression Inventory–II**

تم تصميم قائمة بيك للاكتئاب من قبل أ.ت. بيك A. T. Beck عام ١٩٦١ و تم تعديلها أكثر من مرّه حتى وصلت للصورة الأخيرة المستخدمة حاليا عام ١٩٩٦، و تحتوي القائمة على ٢١ فقرة، تتناول كل فقرة عرَضاً من أعراض الاكتئاب مرتبة وفقا لشدة الأعراض من الخفيفة إلى الشديدة . و سُجلت الدرجات لكل فقرة من صفر إلى ثلاث، و بذلك تكون الدرجة الكلية على القائمة تتراوح بين (٠–٦٣) درجة. و طُلب من المفحوص أن يستجيب للفقرات وفقاً لِما شعر بهِ المريض خلال الأسبوعين الماضيين بما فيه اليوم الذي طبق فيه الاختبار، و تقسم الدرجات التي حصل عليها المفحوص كالتالي (الدعاسين، ٢٠٠٤):

| | |
|---|---|
| غير مكتئب | ٠–١٣ |
| اكتئاب بسيط | ١٤– ١٩ |
| اكتئاب متوسط | ٢٠–٢٨ |
| اكتئاب شديد | ٢٩– ٦٣ |

و تحتوي فقرات المقياس على مضمونين الأول يتعلق بالوجدان مثل: المزاج، التفاؤل، حب الذات و تقديرها، و الشعور بالعقاب، أفكار انتحارية. و الآخر يتعلق بالأعراض الجسدية مثل: البكاء، تغير في الرغبة الجنسية، الإرهاق و صعوبة أداء المهام و الأنشطة اليومية، و تغيرات في الاهتمامات و الشهية و النوم. و هو مقياسٌ تم استخدامه سابقا و بنجاح على مرضى القلب (Székely, Balog, Bénkö, Breuer, Székely, Kertai, Horkay, Kopp & Thayer, 2007 ) و مرضى جراحة القلب ( Vingerhoets, 1998 ).

**صدق و ثبات المقياس**

قام بيك و زملاؤه (Beck et al, 1996) بالتحقق من صدق المحتوى لقائمة بيك النسخة الثانية من خلال العمل على إعادة صياغة فقرات و عبارات القائمة الأولى المعدلة (BDI-IA)، و عملوا على إضافة فقرات جديدة لها؛ من خلال الغرض الذي بنيت من أجله هذه القائمة وهو تقييم أعراض الاكتئاب المدرجة بوصفها معايير لاضطرابات الاكتئاب كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الرابعة) (DSM-IV). و بالنهاية توصلوا إلى القائمة النهائية الجديدة حيث أصبحت القائمة الثانية (BDI-II) أكثر تكاملا و انسجاما لغرض تقييم أعراض الاكتئاب.

وتتمتع قائمة بيك الثانية للاكتئاب بصورتها الأصلية بمؤشرات صدق مرتفعة، حيث تم التحقق من صدق بناء القائمة بإجراء الصدق التمييزي من حيث قدرة قائمة بيك للاكتئاب النسخة– الثانية على التمييز بين مجموعة من مرضى العيادات الخارجية وعددهم ٥٠٠ مريض ومريضة ومجموعة من طلبة الجامعة (المجموعة السوية) وعددهم ١٢٠ طالباً وطالبة، استخدم اختبار t-test للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفرق بين متوسط المجموعتين فكانت قيمته ٧,٧٤ وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$ <0.01) واعتبر ذلك مؤشر على الصدق التمييزي للقائمة، حيث بلغ متوسط درجات مرضى العيادات الخارجية على القائمة ٢٢,٥٦ بانحراف معياري بلغ (٩,٩٣).

وقد تم تقنين هذه القائمة على البيئة الأردنية حيث قام الدعاسين (٢٠٠٤) بالتأكد من الخصائص السيكومترية لقائمة بيك للاكتئاب النسخة– الثانية (BDI-II) في البيئة الأردنية حيث أشار الدعاسين إلى أن المقياس يتمتع بدرجات صدق وثبات على بيئة الشعب الأردني.

فيما يتعلق بالصدق فقد أشارت النتائج إلى تمتع القائمة بمؤشرات صدق تقاربي، وتمييزي مع ثلاثة مقاييس أخرى مرتبطة بسمة الاكتئاب تراوحت قيمتها بين (٠,٤٥– ٠,٧١) مع مقياس الخبرات الاكتئابية وبين (٠,٦٨– ٠,٧٦) مع مقياس حالة– سمة القلق، وبين (٠,٨٦– ٠,٨٩) مع قائمة بيك الأولى المعدلة للاكتئاب. كما أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية في الأداء على قائمة بيك الثانية للاكتئاب بين عينة المرضى النفسيين وعينة طلبة الجامعة، مما يؤكد الصدق التمييزي للقائمة.

**ثبات المقياس:**

ذكر مؤلفو قائمة بيك للاكتئاب النسخة– الثانية (BDI-II) مؤشرات تدل على ثبات القائمة، حيث أشار بيك وآخرون (Beck et al,1996) إلى أن القائمة تتمتع بدلالات اتساق داخلي عالية بطريقة معامل كرونباخ ألفا، بلغت قيمتها لدى عينة مرضى العيادات الخارجية ٠,٩٢ ولدى عينة طلبة الجامعة ٠,٩٣ ومؤشرات ثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مقداره أسبوع واحد بلغ ٠,٩٣ لدى عينة المرضى النفسيين المراجعين للعيادات الخارجية.

وأشار الدعاسين إلى أن القائمة تتمتع بمؤشرات ثبات عالية نسبياً، بلغت (٠,٨٤، ٠,٨٥، ٠,٨٥) باستخدام معامل كرونباخ ألفا، و(٠,٨٧، ٠,٨٦، ٠,٨٦) بطريقة إعادة الاختبار، وذلك لعينة الذكور، والإناث، والعينة ككل على التوالي.

و قد قامت الباحثة الحالية باستخراج معاملات الثبات لمقياس بيك النسخة الثانية على أفراد الدراسة الحالية ، حيث كانت قيمة معامل الارتباط كرونباخ ألفا بالنسبة للمقياس هي (٠,٧٧١).

**٣. مقياس تقديرات الأطباء**

و تم استحداثه من قبل الباحثة بحيث يتكون من ثلاثة أسئلة إجاباتها على متدرج من (٠) إلى (١٠)، بحيث تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض تقدير الطبيب لالتزام المريض بالتوصيات أو تدبر المريض مع وضعة الصحي أو احتمالية تحويله إلى الرعاية النفسيَّة، و العكس إذا ما كانت الدرجة مرتفعة.

**الإجراءات**

تم جمع عينة الدراسة في عدد من مستشفيات مدينة عمان وبعد الحصول على الموافقات و التصاريح اللازمة و الانتهاء من الإجراءات الإدارية المطلوبة للتطبيق في المستشفيات، قامت الباحثة بالإطلاع على قائمة المرضى المطروحين لعملية جراحية في القلب يوميا خلال الفترة ما بين ١٥ آذار ٢٠١١ و لغاية ١٥ أيلول ٢٠١١ بحيث كانت تختار المرضى المناسبين لمعايير عينة الدراسة، ثم كان يتم التعريف عن الباحثة من قبل احد أفراد طاقم التمريض في المستشفى؛ للحصول على موافقة المريض للمشاركة في الدراسة و معرفة إذا ما كان يناسب معايير عينة الدراسة، بحيث تم استثناء الأميين و الأطفال و ذوي تاريخ مرض نفسي، أيضا تم استثناء المرضى الذين كانوا يعانون من الإعياء و الإرهاق و المرضى الذين لم يبدو تعاوناً كافياً مع

فكرة الدراسة و تعبئة ادواتها. و تمت تعبئة مقاييس القلق و الاكتئاب من قِبل المرضى قَبل العملية الجراحية بيوم واحد فقط.

**المعالجة الإحصائية**

تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) كمعالجة إحصائية للهدف الأول في هذه الدراسة بحيث كانَ كلاً من : الجنسُ و العمرُ و المستوى التعليميٌّ، و الحالةُ الاجتماعية، و الحالةُ الوظيفيّة (العملية) للمرضى و نوع العملية الجراحية التي سيخضعون لها هي متغيرات مستقلة، و كانت درجات المفحوصين على كلٍّ من مقياس القلق و مقياس الاكتئاب هما المتغيرين التابعين. أما بالنسبة للهدف الثاني للدراسة الحالية، فقد قامت الباحثة باستخراج متوسطات تقديرات الأطباء على كل بُعد و من ثمَّ استخرجت معاملات ارتباط التقديرات بدرجات المفحوصين على مقياسي القلق و الاكتئاب. و تمت مقارنة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على متغيراتها باستخدام تحليلات التباين.

# الفصل الرابع

- النتائج

## النتائج

يوضح هذا الفصل النتائج التي تم التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها. بالنسبة لانتشار الاكتئاب عند عينة الدراسة فقد بلغت نسبة من سجلوا درجات اكتئاب تقع بين الاكتئاب الخفيف و الاكتئاب الشديد (39%). حيث سجل 27.4% من أفراد العينة درجات اكتئاب خفيف، و سجل 8.8% من العينة درجات اكتئاب متوسط، و 2.7% من أفراد العينة سجلوا اكتئاباً شديداً. و الجدول رقم (٥) أدناه يبين نسب انتشار الاكتئاب عند أفراد العينة.

جدول رقم (٥) نسب انتشار الاكتئاب عند أفراد عينة الدراسة

| | |
|---|---|
| غير مكتئبين | %61 |
| اكتئاب خفيف | %27.4 |
| اكتئاب متوسط | %8.8 |
| اكتئاب شديد | %2.7 |

و كانت نسبة انتشار القلق 100% عند جميع أفراد عينة الدراسة و لكن بدرجات مختلفة. و يبين الجدول (٦) نسبة انتشار القلق بين أفراد عينة الدراسة، بحيث يظهر أن جميع أفراد العينة قلقين و لكن بمستويات مختلفة.

جدول (٦) نسبة انتشار القلق بين أفراد عينة الدراسة

| | |
|---|---|
| قلق بسيط | %1.8 |
| قلق متوسط | %61.8 |
| قلق شديد | %36.4 |

و لإلقاء نظرة أعمق على نوع القلق الموجود عند أفراد عينة الدراسة من حيث إذا ما كان قلق حالة أو قلق سمة، تبين أن جميع أفراد عينة الدراسة أيضا كانوا يعانون من قلق الحالة كما هو موضح في الجدول (٧)، و كذلك الأمر بالنسبة لقلق السمة الموضح في جدول (٨).

الجدول (٧) نسبة انتشار قلق الحالة بين أفراد عينة الدراسة

| | |
|---|---|
| قلق بسيط | %1.8 |
| قلق متوسط | %57.5 |
| قلق شديد | %40.7 |

جدول (٨) نسبة انتشار قلق السمة بين أفراد عينة الدراسة

| | |
|---|---|
| قلق بسيط | %1.8 |
| قلق متوسط | %46 |
| قلق شديد | %52.2 |

و يبيِّن الجدول رقم (٩) متوسطات و انحرافات القلق و الاكتئاب عند أفراد عينة الدراسة

| | الانحراف المعياري | المتوسط |
|---|---|---|
| القلق | 7 | 114.35 |
| الاكتئاب | 19.4 | 11.37 |

ولاستكشاف العلاقة الإرتباطيَّة بين متغيرات الدراسة قامت الباحثة باستخراج معاملات ارتباط بيرسون، و جدول رقم (١٠) يوضِّح النتائج.

جدول (١٠) معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة

| المتغيرات | الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب | الدرجة الكليَّة على مقياس القلق |
|---|---|---|
| نوع العمليَّة الجراحيَّة | 0.159 | −0.095 |
| عمر المريض | −0.006 | 0.055 |
| جنس المريض | 0.172 | −0.115 |
| المستوى التعليمي | 0.260** | 0.180 |
| الحالة الاجتماعية | 0.259** | −.087 |
| الحالة الوظيفيَّة | 0.274** | −0.004 |

*دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

**دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

و فيما يتعلق بفرضيات الهدف الأول من الدراسة، فقد افترضت الباحثة أن يكون هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث مقابل الذكور، و لصالح المرضى الأكبر سنا مقابل المرضى الأصغر سنا، و المرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض مقابل المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع، و المرضى غير المتزوجين و الأرامل مقابل المرضى المتزوجين ، و المرضى العاملين مقابل المرضى غير العاملين في درجة الاكتئاب على مقياس بيك–النسخة الثانية، فقد أظهرت النتائج من خلال التحليل الإحصائي (تحليل الانحدار المتعدد Multiple Regression Analysis) للمتغيرات المستقلة أن المتغيرات المستقلة ( نوع العملية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، عمر المريض، جنس المريض، و حالته الوظيفية) مُجتمعة تتنبأ و بشكل دال إحصائيا ($\alpha \leq 0.01$) بالاكتئاب عند أفراد العينة و تفسر ما نسبته 14% (Adjusted $R^2$ = 0.14) من الاكتئاب عند أفراد العينة عند R=0.4 و F=3.63.

كما أظهرت النتائج أن الفروق تكمن فقط في متغيري الحالة الاجتماعية و الحالة الوظيفية. و أن هذين المتغيرين هما الوحيدين الذين يُسهمان إسهاماً فردياً دالاً في تفسير الاكتئاب عند أفراد العينة، و ذلك كما يلي:

**الحالة الاجتماعية** : بحيث كان معامل Beta المعيارية = 0.24 و $\alpha \le 0.05$ . و المتوسطات و الانحرافات المعيارية مبينه في الجدول (١١) حسب الترتيب:

الجدول(١١) المتوسطات و الانحرافات المعيارية للحالة الاجتماعية عند أفراد العينة.

| | الحالة الاجتماعية | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|
| ١ | الأرامل | 17.3 | 9.9 |
| ٢ | المتزوجين | 11.1 | 6.7 |
| ٣ | غير المتزوجين | 8.2 | 4.9 |

و يبين الجدول أعلاه أن المرضى الأرامل هم من حققوا أعلى درجات على مقياس الاكتئاب بحيث كان متوسطهم على مقياس الاكتئاب (17.3)، و يليهم المتزوجين بمتوسط (11.1)، أما غير المتزوجين فكان متوسطهم (8.2).

ولمعرفة مدى إسهام الحالة الاجتماعية (منفردةً) في تفسيرِ الاكتئابِ بمعزلٍ عن الحالةِ الوظيفية، فقد تم استخدام تحيل الانحدار المتعدد الهرمي للاكتئاب Hierarchical Multiple Regression Analysis و وجد أن الحالةُ الاجتماعيةُ منفردةً تفسرُ الاكتئاب بنسبة 7% عند ($R^2 = 0.07$) و هذا التفسير دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \le 0.01$) و قيمة F=7.99 و قيمة معامل Beta المعيارية = 0.26. و لم يوجد فروق بين مستويات المتغير (الحالة الاجتماعية) حسب تحليل التباين الأحادي Univariate Analysis.

**الحالة الوظيفيَّة** : بحيث كان معامل Beta المعياري = 0.26 و $\alpha \le 0.01$ و كانت المتوسطات و الانحرافات المعيارية كما هو مبين في الجدول (١٢) حسب الترتيب:

الجدول (12) المتوسط و الانحرافات المعيارية للحالة الوظيفية عند أفراد العينة

| | الحالة الوظيفية | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|
| ١ | غير العاملين | 13 | 7.6 |
| ٢ | العاملين | 9.1 | 5.4 |

و يبين الجدول في الأعلى أن المرضى غير العاملون هم من حققوا أعلى درجات على مقياس الاكتئاب بمتوسط (13)، أما المرضى العاملون هم من حققوا أدنى درجات على مقياس الاكتئاب بمتوسط (9.1)، و ذلك على العكس مما افترضته الباحثة.

أيضا لمعرفة مدى إسهام الحالة الوظيفية (منفردةً) في تفسيرِ الاكتئابِ بمعزلٍ عن الحالةِ الاجتماعية، تم استخدام تحيل الانحدار المتعدد الهرمي للاكتئاب Hierarchical Multiple Regression Analysis و وجد أن الحالةُ الوظيفيةُ منفردةً تفسرُ الاكتئاب بما نسبته 8% عند ($R^2 = 0.08$)، و هذا التفسير دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) و قيمة F=9.01 و قيمة معامل Beta المعيارية = 0.27. وعند تحليل التباين الأحادي لمستويات المتغير، وجد أن هناك فروق بين العاملين و غير العاملين لصالح غير العاملين بحيث كانوا أكثر اكتئابا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) و قيمة F=9.01. و متوسطاتهم مبينة في الجدول (12)

أما بالنسبة لدرجات المفحوصين على مقياس قلق السمة و الحالة لسبيلبيرغر، فقد افترضت الباحثة أيضا أن الفروق ذات الدلالة الإحصائية ستكون لصالح الإناث مقابل الذكور، و لصالح المرضى الأكبر سنا مقابل المرضى الأصغر سنا، و المرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض مقابل المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع، و المرضى غير المتزوجين و الأرامل مقابل المرضى المتزوجين ، و المرضى العاملين مقابل المرضى غير العاملين على درجات مقياس قلق السمة و الحالة لسبيلبيرغر، و لكن من خلال التحليل الإحصائي (تحليل الانحدار المتعدد Multiple Regression Analysis) للمتغيرات المستقلة وجد أن المتغيرات الستة مُجتمعةً لا تفسر القلق عند مرضى عينة الدراسة، أيضا لا يوجد أي متغير من المتغيرات الستة كلٌ على حده يفسِّر القلق عند عينة الدراسة؛ و لذلك تم النظر في القلق ببُعديه الحالة و السمة كلٌ على حده للوقوفِ على أيةِ اختلافاتٍ فيها.

بالنسبة لقلق الحالة، لم تكن المتغيراتِ الستةِ مجتمعة أو كلٌ على حده يفسر قلقُ الحالة. أما بالنسبة لدرجات المرضى على مقياس قلق السمة، فإن درجة الانحدار المتعدد المعدلّة Adjusted R square كانت 22% و ذلك يعني أن المتغيرات المستقلة (نوع العملية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، عمر المريض، جنس المريض، و حالته الوظيفية) مجتمعة تفسر ما نسبته 22% من قلق السمة عند أفراد العينة عند $R = 0.5$ و $F=5.57$ و $\alpha \leq 0.01$ .

و من خلال التحليل الإحصائي للمتغيرات المستقلة وجد أن المتغيرات التي تُسهم إسهاماً فردياً دالاً في تفسير قلق السمة عند أفراد العينة هي فقط :

**المستوى التعليمي** عند دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.01$) و معامل Beta المعيارية = 0.4. و كانت المتوسطات و الانحرافات المعيارية كما هو مبين في الجدول (١٣) حسب الترتيب:

الجدول(١٣) المتوسطات و الانحرافات المعيارية للمستوى التعليمي لأفراد عينة الدراسة

| | المستوى التعليمي | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|
| ١ | ماجستير و دكتوراه | 70.1 | 5.5 |
| ٢ | البكالوريوس | 64.3 | 10.5 |
| ٣ | كلية المجتمع | 63.2 | 5.5 |
| ٤ | الثانوية العامة | 62.1 | 10.7 |
| ٥ | أقل من الثانوية العامّة | 56.8 | 9 |

و يبين الجدول (١٣) أنه كلما ازداد المستوى التعليمي للمريض فإن قلق السمة عنده يكون مرتفع.

وللوقوف على مدى إسهام المستوى التعليمي (منفرداً) في تفسيرِ قلق السمة بمعزلٍ عن نوع العملية الجراحية، تم استخدام تحيل الانحدار المتعدد الهرمي لقلق السمة Hierarchical

Multiple Regression Analysis و وجد أن المستوى التعليمي منفرداً يُفسرُ قلق السمة بما نسبته 18% عند ($R^2 = 0.18$)، و هذا التفسير دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) و قيمة F=21.8 =F 21.8 و قيمة معامل Beta المعيارية = 0.40.

وعند تحليل التباين الأحادي لمستويات المتغير، وجد أن هناك فروق بين المستويات التعليمية بحيث حقق المرضى الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا أعلى مستويات قلق سمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) و قيمة F=5.85 ، و يوضح الجدول (١٣) متوسطاتهم.

**نوع العملية** عند دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) و معامل Beta المعياري= 0.21. و كانت المتوسطات و الانحرافات المعيارية كما هو مبين في الجدول (١٤) حسب الترتيب.

الجدول(١٤) المتوسطات و الانحرافات المعيارية لنوع العملية التي خضع لها أفراد عينة الدراسة.

| | نوع العملية | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|
| ١ | تطعيم الشريان التاجي | 61.7 | 9.6 |
| ٢ | تبديل الصمام الأبهري | 61.4 | 11 |

استجابات أفراد العينة بناءا على نوع العمليَّة أظهر أن درجات قلق السمة عندهم مرتفعة بدرجة دالة إحصائيا عند ($\alpha \leq 0.01$، و قيمة F=3.7)، إلا أن الفروق في قلق السمة بين أنواع العمليَّات لم تكن دالة.

أما بالنسبة لفرضيات الهدف الثاني من الدراسة و الذي تمحور حول التعرف على توقعات الأطباء بالنسبة لمرضاهم المشمولين ضمن عينة الدراسة الحالية. فقد تم حساب المتوسطات لتقديرات الأطباء على المحاور الآتية:

– معرفة إذا ما كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير الأطباء لمدى التزام المريض بالتوصيات العلاجية بعد العملية الجراحية، و إلى مدى يعتقد

الطبيب بأن مريضه سيتدبر بشكل جيد مع حالته الصحية بعد العملية الجراحية، و إلى أي مدى يعتقد الطبيب بأنه سيقوم بتحويل مريضه إلى أخصائي نفسي أو إلى الرعاية النفسية؛ كل ذلك بناءً على مستويات القلق و الاكتئاب عندهم، بحيث افترضت الباحثة انه كلما ارتفعت مستويات القلق و الاكتئاب عند المريض انخفض تقدير توقع الطبيب لالتزام مريضه بالتوصيات العلاجية و تأقلمه مع حالته الصحية بعد العملية الجراحية، و كلما ارتفعت مستويات القلق و الاكتئاب عند المرضى ارتفع تقدير الأطباء لاحتمالية تحويل المريض إلى الرعاية النفسية. و كانت نتيجة متوسطات تقديرات الأطباء كما هي موضحة بالجدول (١٥) بالأسفل:

جدول (١٥) متوسطات تقديرات الأطباء

| | المحاور | المتوسط | الانحراف |
|---|---|---|---|
| ١ | الالتزام بالتوصيات الطبية | 7.6 | 1.5 |
| ٢ | التأقلم مع الوضع الصحي بعد العملية الجراحية | 6.5 | 1.7 |
| ٣ | احتمالية تحويل المريض لأخصائي نفسي أو الرعاية النفسية | 2.7 | 2 |

و تبين من خلال استخراج متوسطات توقعات الأطباء، انهُ لا يوجد هناكَ أية فروقٍ بين تقديراتِ الأطباءِ لالتزامِ مرضاهُم بالتوصياتِ العلاجيةِ و التدبر مع حالتهم الصحية بعد العملية، و احتمالية تحويلهم إلى أخصائيٍّ نفسيٍّ بعدَ العمليةِ الجراحيةِ تحتَ أيِّ مُتغيرٍ من المتغيراتِ الديموغرافيةِ للمرضى في عينةِ الدراسة، و لا عندَ الأخذِ بعينِ الاعتبارِ درجاتِ هؤلاءِ المرضى على مقياسَي القلق و الاكتئابِ كمتنبئاتٍ لتقديراتِ الأطباءِ لالتزامِ مرضاهُم بالتوصياتِ العلاجيةِ و التدبر مع حالتهم الصحية و احتمالية تحويلهم إلى أخصائيٍ نفسيٍ بعد العملية الجراحية.

كما اتضح في جدول (١٦) أن هناك علاقة ارتباطيه عكسيَّة بين درجات المفحوصين على مقياس الاكتئاب، و بين تقديرات الأطباء لالتزامِ مرضاهُم بالتوصيات العلاجيةِ و التدبر مع حالتهم الصحية و احتمالية تحويلهم إلى أخصائيٍ نفسيٍ بعد العملية الجراحية.

و كذلك الأمر بالنسبة للقلق حيث كان هناك علاقة عكسيَّة بين درجات المفحوصين على مقياس القلق، و بين تقديرات الأطباء لتأقلم مرضاهم مع حالتهم الصحية.

و علاقة ايجابية بين درجات المفحوصين على مقياس القلق، و بين تقديرات الأطباء لمدى التزام مرضاهم بالتوصيات الطبيَّة،و احتمالية تحويل مرضاهم إلى أخصائيٍ نفسيٍ بعد العملية الجراحية.

جدول رقم ( ١٦ ). معاملات ارتباط بيرسون بين توقعات الأطباء و بين درجات افراد العينة على المقاييس

| | الالتزام بالتوصيات الطبية | التأقلم | التحويل لأخصائي نفسي |
|---|---|---|---|
| الاكتئاب | -0.14 | −0.07 | -0.28 |
| القلق | 0.03 | −0.04 | 0.02 |

$\alpha = 0.01$ *

# الفصل الخامس

- المناقشة
- التوصيات

## المناقشة

تشير النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الحاليَّة إلى وجود مستويات قلق و اكتئاب عند المرضى الذين سيخضعون لجراحة قلبيَّة، حيثُ بلغت نسبة من سجّلوا درجات اكتئاب على مقياس بيك – النسخة الثانية، تقع بين الاكتئاب الخفيف و الاكتئاب الشديد (٣٩%) من عينة الدراسة. و قد كانت متغيرات الدراسة المستقلة مجتمعة (نوع العمليَّة، الحالة الاجتماعيَّة، المستوى التعليمي، عمر المريض، جنس المريض، و الحالة الوظيفيَّة) تفسِّر (١٤%) من الاكتئاب عند عينة الدراسة. و بلغت نسبة الذين سجّلوا مستويات قلق على مقياس قلق السمة و الحالة (١٠٠%) حيثُ كان جميع أفراد العينة يعانون من القلق و لكن بدرجات مختلف، و يبدو انه ليس من الغريب أن تكون مستويات القلق و الاكتئاب مرتفعة عند مرضى جراحة القلب؛ حيثُ انه بينت العديد من الدراسات التي عملت على مرضى جراحة القلب نتائج مشابهه، فقد جاء في دراسة Rymaszewska, Kiejna & Hadryś, 2003 نسب قريبة لانتشار الاكتئاب التي كانت عند عينة الدراسة الحاليَّة، حيثُ كانت نسبة انتشار الاكتئاب قبل العمليَّة الجراحية عند مرضى جراحة القلب (٣٢%)، و كانت نسبة انتشار القلق عندهم (٥٥%).

أيضا ما جاء في دراسة Székely, Balog, Bénkö, Breuer, Székely, Kertai, Horkay, Kopp & Thayer (2007) فقد وجدوا أن ٤٢% من عينة الدراسة من مرضى جراحة القلب صُنفوا بأنهم يعانون من أعراض قلق ذات دلالة إكلينيكيَّة، و ٤٤,٤% منهم حققوا درجات اكتئاب تدرج بين الاكتئاب الخفيف و الشديد. و نرى أن هذه النسب قريبة من النسب التي سجلها أفراد عينة الدراسة الحالية، مع الأخذ بعين الاعتبار الوقت السابق للعملية الجراحية و الذي تم قياس مستويات القلق و الاكتئاب عند المرضى فيه. و في دراسات أخرى مثل دراسة Baker, Andrew, Schrader & Knight (2001) حيثُ كان (٢٥,٨%) من عينة الدراسة عندهم اكتئاب قبل العملية الجراحية، و (٣٤%) منهم كان عنده قلق قبل العملية الجراحية. و يمكن ان تُعزى هذه النسب الى ما يخبرهُ المريض من مشاعر خوف و ترقب أو يأس في فترة انتظار العمليَّة الجراحية.

و على الرغم من أن الكثير من الأبحاث تؤكد على أن الاكتئاب و القلق هي اضطرابات تنتشر في مجتمع النساء أكثر من الذكور بحوالي الثلاثة أضعاف، إلا أن نتائج الدراسة الحالية تشير إلى عدم وجود فروق في مستويات القلق و الاكتئاب بين الجنسين، و قد يعود إلى قلة عدد الإناث مقارنة مع الذكور، حيث كانت نسبة الذكور في الدراسة الحالية (٨٤%)، و نسبة الإناث

كانت (١٦%)، و تعكس هذه النسب التوزيع الطبيعي لمجتمع مرضى جراحة القلب (Vingerhoets).

و عن عدم وجود فروق في مستويات القلق و الاكتئاب حسب الفئة العمرية، قد يعود إلى أن ما نسبته حوالي (٧٠%) من عينة الدراسة كانت أعمارهم أكبر من ٥٠ سنة؛ مما يزيد من صعوبة إيجاد الفروق في مستويات القلق و الاكتئاب عند عينة الدراسة، وذلك يتفق مع ما توصلت له دراسة Vingerhoets (1998) حيث لم يكن هناك فروق ذات دلالة بين مستويات القلق و الاكتئاب ما قبل العمليَّة الجراحية عند مرضى جراحة القلب، و العمر و المستوى التعليمي.

و كذلك فإن نتائج الدراسة الحاليَّة بيَّنت عدم وجود فروق بالنسبة للاكتئاب و المستوى التعليمي لعينة الدراسة، حيثُ يذكُر السرحان أن الاكتئاب اضطراب غير محصور لفئة معينة من الناس (السرحان و آخرون، ٢٠٠١). كذلك تفسر النظرية البيولوجية للاكتئاب انه حالة بيولوجيَّة ناتجة عن عدم السواء في وظائف الدماغ، و أنها غير مرتبطة بمتغيرات بيئية، و بذلك فهو اضطراب مزاج قد يصيب أي شخص بغض النظر عن خلفيته العلميَّة، أو عمره.

أما بالنظر إلى الحالة الاجتماعية، تشير النتائج أن الحالة الاجتماعية منفردة تفسِّر بنسبة ٧% من الاكتئاب عند أفراد العينة. و قد جاء ما يدعم هذه النتيجة في الكثير من الأدبيات السابقة عن الاكتئاب و الحالة الاجتماعية. يعد الدعم الاجتماعي واحدا من أهم الركائز التي يعتمد عليها العلاج المعرفي في حالات الاكتئاب؛ و ذلك للتخفيف من حِدَّة الأعراض، فقد وجدت هذه الدراسة أن الأشخاص المتزوجين كانت متوسطات الاكتئاب عندهم (١١,١)، و هي أقل من متوسطات الاكتئاب عند الأرامل التي بلغت (١٧,٣) مما يدعم نتائج الدراسات السابقة عن دور الدعم الاجتماعي و الحالة الاجتماعية في التخفيف من الأعراض الاكتئابية. هذا بالإضافة إلى أنه يمكننا أن نفترض أن هناك مفاهيم ثقافيَّة تلزم الشخص الذي فقد شريكة بأن يعيش حالة من الحزن كنوع من الوفاء و الإخلاص للفقيد.

تشير الأدبيات إلى علاقة الحالة الوظيفيَّة و ما يصاحبها من أبعاد اجتماعية اقتصادية مثل البطالة، و إعالة الأسرة وما تخلفه من آثار على تقدير الذات و الحالة المزاجية (Doan, Thang, Turel & Dunne, 2010)، حيثُ نلاحظ من نتائج الدراسة الحاليَّة أن مستويات الاكتئاب عند غير العاملين كانت أعلى بشكل ذو دلالة منها الأفراد العاملين، و قد نفترض أن سبب هذه النتيجة عند غير العاملين، و بربطها بأن معظم أفراد العينة هم من الفئة الأكبر سنا، فإن معظم هؤلاء

المرضى غير العاملين قد يكونوا متقاعدين اعتادوا العمل فيما سبق و أصبح عندهم وقت فراغ كبير والذي يعتبر بيئة حاضنة للاكتئاب.

و نلاحظ عند إلقاء نظرة أكثر تفصيلية إلى درجات شدة الاكتئاب عند عينة الدراسة أن نسبة الاكتئاب المتدرج بين المتوسط و الشديد بلغت (١١,٥%) و التي تعد نسبة قليلة بالنسبة إلى مجتمع عينة الدراسة؛ فإنها تعكس البعد الثقافي و الديني عند أفراد المجتمع العام، حيثُ يضعون إيمانهم بالله و الإيمان بالقضاء و القدر، و أن مفهوم الحياة و الموت هو أمرٌ ربَّانيّ، و أن العلاج ما هو إلا الأخذ بالأسباب سواء كان دوائي أو جراحي. و يتوطد هذا المفهوم كون غالبية العينة كانت من الفئة الأكبر سناً، و الذين تكون لهم خبرة من تجارب الحياة و معانيها.

قد تكون هناك صورة في أذهان العامَّة و العاملين في القطاعات الصحيَّة عن انتشار القلق بين الأفراد الذين سيخضعون لعمليَّات جراحيَّة خصوصا العمليات الكبيرة مثل عمليات القلب المفتوح، و قد أكدت نتائج الدراسة الحاليَّة صحة هذه الفرضيَّة؛ حيث كانت ما نسبته (١٠٠%) من أفراد العينة يعانون من القلق الذي يتراوح بدرجاته بين القلق الخفيف و القلق الشديد. و كانت قد قامت الباحثة بافتراض وجود علاقة للمتغيرات الديموغرافيَّة التي تناولتها الدراسة لمحاولة تفسير القلق عند مرضى جراحة القلب، قياسا على المتغيرات التي فسرت الاكتئاب عند مرضى جراحة القلب في دراسات سابقة. و لكن اتضح انه أيّا من المتغيرات الديموغرافيَّة المتناولة في الدراسة الحاليَّة لم تُفسِّر القلق عند عينة الدراسة. و قد يعود ذلك للمحددات التي فرضتها عينة الدراسة؛ حيثُ أن مجتمع مرضى جراحة القلب لا يمكن أن يكون شبيه بالتوزيع الطبيعي للمجتمع العام، فمثلا ترتبط مشكلات القلب عادة بكبار السن من الذكور. و قد كانت الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة محصورة في فئات معيّنة، و بالتالي لم تفسر المتغيرات الديموغرافيَّة مستويات القلق عند عينة الدراسة.

و بذلك قامت الباحثة بأخذ كل من درجات قلق الحالة و قلق السمة و معرفة مدى تفسير المتغيرات الديموغرافيَّة لكل منهما. و لكن أيضا المتغيرات الديموغرافيَّة لم تفسر قلق الحالة سواء مجتمعة أو منفردة كُلٌ على حده. و لكن بالنسبة لقلق السمة فقد وجدت الباحثة أن المتغيرات الديموغرافيَّة تفسر ما نسبته (٢٢%) من قلق السمة عند أفراد العينة، و ذلك يدعم ما توصلت له الدراس (١٩٩٩) حيثُ تبين أن درجة قلق السمة أكبر من درجة قلق الحالة. و قد كانت المتغيرات المتعلقة بالمستوى التعليمي و نوع العمليَّة الجراحيَّة تفسِّر قلق السمة.

أمّا بالنسبة للمستوى التعليمي؛ فقد تبيَّن في الدراسة الحاليَّة انه يسهم إسهاما فرديا دالا في تفسير قلق السمة عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.01$) ؛ بحيث كانت متوسطات أفراد العينة ذوي المستويات التعليمية المرتفعة هي الأعلى، و قد يعود تفسير ذلك إلى أن الأفراد المتعلمون هم الأشخاص الميَّالين نحو تحقيق الانجازات العاليَة، و يتميزوا بطبيعة تنافسيَّة اندفاعيَّة و ربما عدائية، و قد يقودنا هذا التفسير إلى الانتباه لقضية نمط الشخصية، و ما يتفق مع صفات القلق هو نمط الشخصيَّة "أ" و التي ورد في كثير من الدراسات عن ارتباط نمط هذه الشخصيَّة بأمراض القلب، كما ورد عن الدراس ١٩٩٩ التي وجدت ارتباطا عاليا بين نمط الشخصية "أ" و تعرض الأفراد لأمراض القلب.

و من منطلق سعي منظمات الصحة العالميَّة و المحليّة إلى دمج خدمات الصحة النفسيَّة مع خدمات الصحة الأوَّليَّة، سعت الباحثة إلى الكشف عن توقعات الأطباء القائمين على رعاية مرضى عينة الدراسة، بحيث تشكل نتائج الدراسة قاعدة بيانات يمكن الرجوع إليها عند العمل على موضوع دمج الخدمات النفسية مع خدمات الصحة الأوليَّة.

و كانت نتائج الدراسة الحاليّة خلافاً لجميع الفرضيات التي تم توقعها بالنسبة لتوقعات هؤلاء الأطباء؛ حيث لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائيَّة لأيٍّ من فرضيات الهدف الثاني. وكانت العلاقة بين توقعات الأطباء و درجات الاكتئاب سلبيَّة، أي انه كلما زادت درجة الاكتئاب عند المريض ارتفعت توقعات الطبيب حول مدى التزام مريضه بالتوصيات الطبية، و مدى تأقلمه مع وضعه بعد العمليَّة الجراحيَّة، و أيضا انخفضت احتمالية تحويل الطبيب مريضه إلى الرعاية النفسيَّة. و هنا يمكن أن تفسر هذه العلاقة باتجاهين، الاتجاه الأول: أن خصائص الاكتئاب و القلق، من مثل ضعف التواصل مع الآخر (وهنا نعني بالآخر"الطبيب")، و ضعف القدرة على التركيز من جانب المريض يمكن أن يكون قد أثَّر سلباً على قدرة الطبيب على الحُكم الصحيح فيما يتعلق بمدى التزام المريض بالتوصيات الطبية و تدبره مع ما بعد العملية، مما ينعكس أيضاً على حكم الطبيب بأن المريض قد لا يحتاج للتحويل إلى الرعاية النفسية.

أما الاتجاه الثاني: فيتمثّل بعدم تقدير الطبيب المعالج للوضع النفسي و الانفعالي للمريض، أو تجاهل أهمية الجانب النفسي لمريض جراحة القلب أو أنهم يعتقدون بأن الأمور المتعلقة بالجانب النفسي للمريض أمرٌ لا يستحق جهدهم، على الرغم من التسليم بقضية التلازمية المرضية بين أمراض القلب و الحالة النفسيّة للمرضى و كثرة الدراسات التي تؤكد على طبيعة و اتجاهات العلاقة بين أمراض القلب و ضغط الدم و العوامل النفسيّة، و وجود علوم طبية مساندة تسمى

علم نفس القلب **Cardiac Psychology** Baum, Stanton, Weinman, West & McManus, (1997 ) و التأهيل النفسي لمرضى القلب **Cardio rehabilitation** ( Kraus & Ketejian, 2007).

**توصيات الدراسة:**

ضرورة تفعيل دور الأخصائيين النفسيين في المستشفيات، و عمل برامج تأهيل و متابعة لمرضى جراحة القلب، بحيث تعمل هذه البرامج على فحص مستويات القلق و الاكتئاب عند المرضى و العمل على خفض هذه المستويات في حال كانت مرتفعة قبل العملية الجراحية.
أيضا أهمية تدريب أخصائيي القلب و جراحته على القضايا النفسيَّة المتعلقة بحالة مرضى القلب.

و توصي الباحثة في الدراسات المستقبليَّة أن يتم تقسيم الفئات العمريَّة لفئتين رئيسيتين: من هم تحت سن الخمسين عاما، و من هم أكبر من خمسين عاما؛ و ذلك لزيادة الدقَّة الإحصائيَّة.
أيضا إلى دمج الفئات التعليميَّة لمن هم أقل من مستوى البكالوريوس، و من هم أعلى من درجة البكالوريوس؛ و ذلك لزيادة الدقَّة الإحصائيَّة.

من خلال نتائج الدراسة الحالية تبين أن قلق السمة كان مرتفعا عند أفراد العينة، مما يفتح المجال للنظر في دراسة أنماط الشخصية عند مرضى جراحة القلب في الأردن.

## المراجع:

### العربية:


أبو الهيجاء، بهيَّة محمود ( 2008). **أثر التدرب على استراتيجيات التأمل في علاج القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي لدى مرضى القلب في الأردُن:** أطروحة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

أبو المجد، أيمن (1999). **دليل الأسرة الذكيَّة إلى أمراض القلب و شرايينه التاجيَّة.** دار الشروق، مصر، ط1.

الأخرس، مروان رئيف (١٩٥٩). **أهمية العوامل النفسيَّة في أمراض القلب.** رسالة أعدت لنيل لقب دكتور في الطب: جامعة دمشق.

أورنيش، دين (1988). **قلبك بين الشدة و الحمية.** دار طلاس للدراسات و الترجمة و النشر، دمشق.ط1

علاوي، محمد حسن و نصر الدين، محمد ، **الاختبارات المهارية والنفسية في المجال الرياضي،** دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٨٧، ص٥٢٩.

القبَّاني، سامي، جوخدار، مفيد، بشّور، طليع، قهواتي، عابد (1992). **أمراض القلب و الأوعية و جراحتها.** دار طلاس للدراسات و الترجمة و النشر ، دمشق.

ديفيدسون، كريستوفر (2002). **الدليل الطبي للأسرة، مرض القلب الإكليلي،**أكاديميا انترناشونال للنشر و الطباعة، بيروت.

الدراس، لينا سعدي (1999). **العلاقة بين بعض العوامل النفسية و الإصابة بأمراض القلب في الأردن:** رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

الدعاسين، خالد (2004). **الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية في البيئة الأردنية،** دراسة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة. الأردن.

البقور، خوله عبد الكريم (٢٠٠٢)، **القلق والإكتئاب وتقير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة.** رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية

سمرين، هاني جميل (١٩٩٥). **مصادر ومستويات القلق النفسي لدى لاعبي ولاعبات المنتخبات الجماعية في الأردن.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

السامرّائي، صباح إسماعيل (١٩٨٥). **قصة أمراض القلب.**

السرحان، وليد؛ الخطيب، جمال؛ حباشنة، محمد (٢٠٠١). **الاكتئاب: سلوكيات (٣.ط١)**. عمان – دار مجدلاوي للنشر و التوزيع.

شيهان، د. دافيد ف. (١٩٨٨). **مرض القلق**. عالم المعرفة.

الطيَّارة، بسَّام، خالِد؛ نعمة، أنور (١٩٩٩). **أهم ما يجب أن تعرفه عن أمراض القلب و الذبحة الصدريَّة: أسبابه و مسبباته، الوقاية أهم من العلاج**. مكتبة المعارف، بيروت، ط١.

العبيدي، محمد جاسم(2009). **علم النفس الإكلينيكي**. دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان.

فايد، حسين (2001). **العدوان و الاكتئاب. المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع**، الإسكندرية. ط1.

كتاني، منذر إبراهيم (2005). **بحوث في ظاهرة القلق**. دائرة المكتبات الوطنيَّة، عمان.

المومني، وليد (٢٠٠١). **إستراتيجيات التدبر لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة الأردنية**. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

عبد الرحمن، محمد السيد (1999)، **علم الأمراض النفسية و العقلية ( الأسباب – الأعراض– التشخيص– العلاج)**. دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.

الهيتي، مصطفى عبد السلام ( 1988). القلق: **دراسات في الأمراض النفسيَّة الشائعة**. مكتبة النهضة، القاهرة.

هيندر، ديفيد (2001). **اقهر الاكتئاب**. مكتبة جرير، السعودية.

ياسين، عطوف محمود (1981). **علم النفس العيادي**. دار العلم للملايين، بيروت. ط1

**الأجنبية:**

Abu Hasheesh, Mohammed O., Al mostafa, Omar Y., & Ahmed, Manal Z. (2010). Health related quality of life among cardiac diseas patients at Queen Alia Heart Institute**. Jordan medical journal**. [44(3)].

Allam AH, Thompson RC, Wann LS, Miyamoto MI, Nur El-Din Ael-H, El-Maksoud GA, Al-Tohamy Soliman M, Badr I, El-Rahman Amer HA, Sutherland ML, Sutherland JD, Thomas GS. (2001). Atherosclerosis in ancient Egyptian mummies: the Horus study**. Cardiovascular Imaging journal**. [4(4):315-27]

American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision**, Washington DC.

Antony, Martin M., Orsillo, Susan M. & Roemer, lizabeth (2001). **Practitioner's guid to empirically based measures of anxiety**. Kluwer academic plenum publishers, NY.

Baker, Robert A., Andrew, Marie J., Schreder, Geoffery, And Knight, John L. (2001). Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. **ANZ** Journal **of Surgery** [71(3):139–142].

Balon, R (2006). Mood, anxiety, and physical illness: Body and mind, or mind and body?**. Depression And Anxiety Midline Journal**. [23(6): 377-87].

Baranyai, Reka, Gilles, Maria, Menart-Houtermans, Barbra & Tschoepe, Diethelm (2004). Effect of mental and physical stress on platelet activation markers in depressed patients and healthy subjects: a pilot study. **Psychiatry Research Journal.** [ 127(1-2): 55-64].

Baum, Andrew, Newman, Stanton, Weinman, John, West, & McManus, Chris (1997). **Cambridge handbook of Psychology, Health & Medicine**. Cambridge university press. UK.

Beck, Aron (1980). **Cognitive Therapy and Emotional Disorder**. New York, International university Press.

Beck, Aron, Emery, Gary & Grenberg, Ruth L. (1985). **Anxiety disorders & phobias: A cognitive perspective**. Basic Books.

Daisaku, Nakatani; Hiroshi, Sato, Yasuhiko, Sakata; Issei, Shiotani; Kunihiro, Kinjo; Hiroya, Mizuno; Masahiko, Shimizu; Hiroshi, Ito; Yukihiro, Koretsune; Atsushi, Hirayama & Masatsugu, Hori (2005**).** Influence of serotonin transporter gene polymorphism on depressive symptoms and new cardiac events after acute myocardial infarction**. American heart journal**. [150(4):652-8].

Daley, Dennis C., Salloum, Ihsan M. (2001). **Clinician's guid to mental illness**. McGraw-Hill Medical publishing division.

Dixon, Tery (2007). Help for anxiety, phobia, OCD, and depression. www.help-for.om

Doan, Vuong Diem Khanh; Thang,Vo Van; Turrell, Gavin & Dunne, Michael (2010). The association between socioeconomic status and depression in Vietnamese adults: a pilot study. **Journal of science**. [16].

Emilien, Gérard, Durlach, Cécile, Lepola, Ulla, Dinan, Timothy (2002). **Anxiety disorder: Pathophysiology & Pharmacological treatment**. Birkhäuser Publesher. Switzerland.

García- Ribera, Pascual, Jc, Castaño, J Espluga N, Díaz B, Bulbena, A. (2008). Somatic conditions in patients suffering from anxiety disorders. **Medicina clinica** [130(8):281-5].

Hamlyn (1985). **Family medical encyclopedia: an illustrated guide**. Hamlyn publishers. Spain.

Hammen, Constance L.. (1997). **Depression. Psychology Press Ltd**, Publisher.

Health Solution - anxiety.(2008). **Sterling Publisher**. New Delhi

Hoyer, J., Eifert, GH., Einsle, F., Zimmermann, K., Krauss, S., Knaut, M., Matschke,K., Köllner, V. (2008). Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. **Journal of psychosomatic research** [64(3):291-7]

Johnston M, Carpenter L.(1980). Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. **Psychology Medicine** [10(2):361-7]

Joynt, Wren E., Whellan, David J., O'connor, Christopher M. (2003). Depression and cardiocascular disease, mechanisms of interaction. biological psychiatry: **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.**[54(3): 248-261].

Krannich, Jens-Holger A, Weyers, Peter, Lueger, Stefan, Herzog, Michael, Bohrer, Thomas, Elert ,Olaf (2006). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. **BMC Psychiatry Journal** [7:47].

Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. (1996). **Pocket handbook of clinical psychiatry**. 2nd edition. Mass Publishing company, Egypt.

Kraus, William E. & Ketejian, Steven J. (2007). **Cardiac Rehabilitation**. Human Press.

Lichtman, Judith H., Bigger, J. Thomas, Blumenthal, James A., Frasure-Smith, Nancy, Kaufmann, Peter G., Lespérance, Fran□ois, Mark, Daniel B., Sheps, David S., Taylor, C. Barr & Froelicher, Erika Sivarajan (2009). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. **American Psychiatric Association Journal**. [24(1):19-26]

Marla, De Jong, Debra K, Moser, Kyungeh, An, Misook L, Chung (2004). Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. **European journal of cardiovascular nursing**. [3(3): 247-53].

Michael Ho, P., Masoudi, Frederick A., Peterson, Pamela N., Shroyer, A. Laurie, McCarthy Jr, Martin, Grover, Frederick L., Hammermeister, Karl E. & Rumsfeld, John S. (2005). Health-Related Quality of Life Predicts Mortality in Older but Not Younger Patients Following Cardiac Surgery. **The American Journal of Geriatric Cardiology**. [14( 4): 176–182].

Molinari, E., Compare, A., Parati, G. (2006). **Clinical Psychology and Heart Disease.** Springer.

Morel-Kopp, Mc., Mchlean, L., Chen, Q., C.,Tofler Gh., Maddison, V., Ward Cm., (2009). The Association of Depression with Platelet Activation: Evidence for a Treatment Effect. **Journal of Thrombosis and Haemostasis**. [7(4):573-81].

Peacock, Judith, Casey, Jackie (2000). **Depression, How to recognize it, where to get help.** Capstor press pub.

Penna M., Nicoli L. (2007). Psychological participation in cardio rehabilitation: an experience of reduction of anxiety state through a psychological group of discussion. **Monaldi Arch Chest Dis**. [68(4):231-234].

Roose, SP (2001). Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the psychiatrist's prespective. **The Journal of clinical psychiatry**. [62 (8):19-22]

Roose, SP., Spatz, E. (1999). Treating depression in patients with ischemic heart disease: which agents are best to use and to avoid**?. Drug Safety**. [ 20(5): 459-65].

Rymaszewska, Joanna, Kiejna, Andrzej and Hadry, Tomasz (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. **European psychiatry**. [18 (4):155-160]

Sher, Yelizaveta, Sermsak, Lolak & Maldonado, Jose' (2010). The impact of depression in heart diseases. **Current Psychiatry Reports Journal**. [12(3):255-264].

Sobel, Richard M., Markov, Dimitri (2005).The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: The worried Not-So-Well. **Springer Link, Current Psychiatric Reports**[7(3):602-212].

Spielberger C. D. (1983). **Manual For State-Trait Anxiety Inventory (form Y) Consulting Psychology Process**. California Pp19.

Székely, Andrea, Balog ,Piroska, Benkö, Erzsébet, Breuer, Tamás, Székely, Judit, Kertai, Miklós Horkay, D. Ferenc, Kopp, Mária S., and Thayer, Julian F. (2007). Anxiety Predicts Mortality and Morbidity After Coronary Artery and Valve Surgery—A 4-Year Follow-Up Study. **Psychosomatic Medicine Journal of behavioral medicine**. [69 (7): 625-631].

Taylor, Robert B.(2005). **Taylor's Cardio Vascular Diseases, A Handbook**. Springer science and Business Media, Inc.

Viars, Joy (2009). Anxiety and open hearts surgery. **Medicine surgery Nursing.** [18(5)].

Vieweg, W Victor R., Hasnain, Mehrul, Lensnefsky, Edward J., Turf, Elizabeth E, Pandurangi, Ananda K. (2010). Assessing the presence and severity of depression in subjects with comorbid coronary heart disease. **The American Journal of Medicine**. [123(8):683-90]

Vingerhoest, Guy (1998). Preopirative anxiety and Depression in Open Heart Surgery. **Psychosomatics**. [39:30–37].

Ziegelstein, Roy C., Parakh, Kapil, Sakhuja, Ankit and Bhat, Utsav (2007). DEpressiona and coronary artery diseas: is there a platelet link?. **Mayo Clinic** Proceedings. [ 82(11): 1366-1368]

# الملاحق

- الملحق (١) مقياس بيك للاكتئاب – النسخة الثانية
- الملحق (٢) مقياس سبيلبيرغر– قلق الحالة
- الملحق (٣) مقياس سبيلبيرغر– قلق السمة
- الملحق (٤) مقياس تقديرات الأطباء

# ملحق (١)

**سيدي/ سيدتي، أشكر لك حسن تعاونك و أتمنى لك الشفاء العاجل بإذن الله.**

**أرجو من حضرتكم تعبئة البيانات الديموغرافية التالية، علما بأن هذه المعلومات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط/ مع الحفاظ على سرية هذه المعلومات.**

**العمر: ١. (١٨–٣٠)     ٢. (٣١–٤٠)     ٣. (٤١–٥٠)     ٤. (٥١–٦٠)     ٥. ( > ٦١)**

**الجنس : ١. ذكر     ٢. أنثى**

**المستوى التعليمي: ١. إعدادي   ٢. ثانوي   ٣. دبلوم   ٤. بكالوريوس   ٥.دراسات عليا**

**الحالة الاجتماعية: ١. أعزب/ عزباء     ٢. متزوج/ ة     ٣. مطلق/ة     ٤. أرمل/ة**

**الحالة الوظيفية: ١. عامل/ عاملة     ٢. لا أعمل**

**نوع العمليَّة الجراحيّة: ________________**

| | | |
|---|---|---|
| ١ | **الحزن** | أ. لا أشعر بالحزن.<br>ب. أنا حزين معظم الوقت.<br>ج. أنا حزين طيلة الوقت.<br>د. أنا حزين جدا أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل. |
| ٢ | **التشاؤم** | أ. لست متشائما بشأن مستقبلي.<br>ب. أشعر بتشاؤم بشأن مستقبلي أكثر من المعتاد.<br>ج. لا أتوقع أن الأمور ستجري كما أريد.<br>د. أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه أو أنه سيزداد سوءا. |
| ٣ | **الفشل السابق** | أ. لا أشعر بأني شخص فاشل.<br>ب. لقد فشلت أكثر مما يجب.<br>ج. عندما أنظر لحياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل.<br>د. أشعر أني شخص فاشل تماما. |
| ٤ | **فقدان المتعة** | أ. أحصل على نفس القدر من المتعة التي كنت أحصل عليها من الأشياء التي أستمتع بها.<br>ب. لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.<br>ج. لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.<br>د. لا أستطيع أن أحصل على أي متعة من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها. |
| ٥ | **مشاعر الذنب** | أ. لا أشعر بالذنب.<br>ب. أشعر بالذنب على الكثير من الأشياء التي عملتها أو التي كان يجب أن أعملها.<br>ج. أشعر بالذنب في معظم الأوقات.<br>د. أشعر بالذنب دائما. |

| | | |
|---|---|---|
| ٦ | **مشاعر العقاب** | أ. أنا أشعر بأنني أعاقب.<br>ب. أشعر بأنني ربما أعاقب.<br>ج. أتوقع بأنني سأعاقب فعلا.<br>د. أشعر أنني أعاقب الآن. |
| ٧ | **عدم حب الذات** | أ. أشعر بشأن ذاتي كما كنت أشعر دائما.<br>ب. لقد فقدت الثقة بنفسي.<br>ج. أنا خائب الأمل في نفسي.<br>د. أنا أكره نفسي. |
| ٨ | **نقد الذات** | أ. لا انتقد نفسي أو ألومها أكثر من المعتاد.<br>ب. أنا أكثر انتقادا لنفسي من السابق.<br>ج. انتقد نفسي على جميع أخطائي.<br>د. ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث. |
| ٩ | **الأفكار أو الرغبات الانتحارية** | أ. ليست لدي أية أفكار لقتل نفسي.<br>ب. لدي أفكار لقتل نفسي و لكنني لن أنفذها.<br>ج. أرغب في قتل نفسي.<br>د. سأقتل نفسي إن سنحت لي الفرصة. |
| ١٠ | **البكاء** | أ. لا أبكي أكثر من المعتاد.<br>ب. أبكي أكثر من المعتاد.<br>ج. أبكي لأبسط الأشياء.<br>د. أرغب في البكاء و لكن لم يعد باستطاعتي أن أبكي. |
| ١١ | **التهيج** | أ. لست منزعجا أو متوترا أكثر من المعتاد.<br>ب. أشعر بأنني أكثر انزعاجا أو توترا من المعتاد.<br>ج. أنا منزعج جدا أو متهيج جدا حتى انه من الصعب أن أبقى ساكنا.<br>د. أنا منزعج جدا أو متهيج جدا حتى أنه يجب أن أبقى متحركا أو أفعل شيئا ما. |
| ١٢ | **فقدان الاهتمام** | أ. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالممارسات اليومية و الأنشطة.<br>ب. أنا أقل اهتماما بالآخرين أو بالأشياء من السابق.<br>ج. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين أو بالأشياء.<br>د. أجد أنه من الصعوبة الاهتمام بأي شيء. |
| ١٣ | **التردد ( عدم القدرة على اتخاذ القرار)** | أ. اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت عليها دائما.<br>ب. أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات.<br>ج. أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات .<br>د. أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار. |
| ١٤ | **انعدام القيمة** | أ. أنا لا أشعر بأنني عديم القيمة.<br>ب. أنا لا أعتبر نفسي ذا قيمة و ذا فائدة كالمعتاد.<br>ج. أشعر بالكثير من عدم القيمة مقارنة بالآخرين.<br>د. أشعر بأنني عديم القيمة تماما. |
| ١٥ | **فقدان الطاقة** | أ. لدي نفس القدر المعتاد من الطاقة.<br>ب. لدي طاقة أقل من المعتاد.<br>ج. ليس لدي الطاقة الكافية لعمل الكثير من الأشياء.<br>د. ليس لدي الطاقة الكافية لعمل أي شيء. |

| | | |
|---|---|---|
| ١٦ | **التغيرات في نمط النوم** | أ. لم أعان من أي تغير في نمط نومي.<br>ـــــــــــــــــــــــــــــــــ<br>ب١. أنام أكثر من المعتاد بعض الشيء.<br>ب٢. أنام أقل من المعتاد بعض الشيء.<br>ـــــــــــــــــــــــــــــــــ<br>ج١. أنام أكثر من المعتاد بكثير.<br>ج٢. أنام أقل من المعتاد بكثير.<br>ـــــــــــــــــــــــــــــــــ<br>د١. أنام معظم اليوم.<br>د٢. أستيقظ مبكرا بساعة أو ساعتين و لا أستطيع العودة الى النوم. |
| ١٧ | **قابلية الاستثارة (الغضب)** | أ. لست أكثر استثارة من المعتاد.<br>ب. أنا أكثر استثارة من المعتاد.<br>ج. أنا أكثر استثارة بكثير من المعتاد.<br>د. أنا مستثار طيلة الوقت. |
| ١٨ | **التغيرات في الشهية** | أ. لم أعان من أي تغير في شهيتي.<br>ـــــــــــــــــــــــــــــــــ<br>ب١. شهيتي أقل من المعتاد بعض الشيء.<br>ب٢. شهيتي أكبر من المعتاد بعض الشيء.<br>ـــــــــــــــــــــــــــــــــ<br>ج١. شهيتي أقل بكثير من السابق.<br>ج٢. شهيتي أكبر بكثير من المعتاد.<br>ـــــــــــــــــــــــــــــــــ<br>د١. ليس لدي شهية بتاتا.<br>د٢. أتناول الطعام طيلة الوقت. |
| ١٩ | **صعوبة التركيز** | أ. أستطيع التركيز كما كنت دائما.<br>ب. لا أستطيع التركيز بدقة كالمعتاد.<br>ج. من الصعب أن أركز في شيء لمدة طويلة جدا.<br>د. أجد أنني لا أستطيع أن أركز على أي شيء. |
| ٢٠ | **التعب أو الإرهاق** | أ. لست متعبا أو مرهقا أكثر من المعتاد.<br>ب. أصبح متعبا أو مرهقا أكثر من المعتاد.<br>ج. أنا متعب جدا أو مرهق لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأعمال التي اعتدت عليها.<br>د. أنا متعب جدا أو مرهق جدا لدرجة أنني لا أستطيع أن أنجز معظم الأشياء التي اعتدت أن أنجزها. |
| ٢١ | **فقدان الاهتمام بالجنس (الرغبة الجنسية)** | أ. لم الحظ أي تغيرات حديثة في اهتماماتي الجنسية.<br>ب. إنني أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل.<br>ج. أنا الآن أقل اهتماما بالأمور الجنسية بشكل كبير.<br>د. لقد فقدت اهتمامي بالأمور الجنسية. |

## ملحق (٢)

**سيدي/ سيدتي** فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها بعض الأفراد لوصف أنفسهم. بعد قراءة كل فقرة قراءة جيدة ضع إشارة (√ ) في المربع المناسب أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر/ تشعرين به في هذه اللحظة.

| # | الفقرة | أبدا | قليلا | أحيانا | كثيرا |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | **أشعر بالهدوء** | | | | |
| ٢ | **أشعر بالأمان (بالبعد عن الخطر)** | | | | |
| ٣ | **أشعر أن أعصابي مشدودة** | | | | |
| ٤ | **أشعر بالأسف** | | | | |
| ٥ | **أشعر بالارتياح** | | | | |
| ٦ | **أشعر بعدم الاتزان** | | | | |
| ٧ | **أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال حدوث كارثة** | | | | |
| ٨ | **أشعر بالراحة** | | | | |
| ٩ | **أشعر بالقلق** | | | | |
| ١٠ | **أشعر بالانشراح** | | | | |
| ١١ | **أشعر بالثقة في النفس** | | | | |
| ١٢ | **أشعر بالعصبية** | | | | |
| ١٣ | **أشعر بالهياج** | | | | |
| ١٤ | **أشعر بتوتر زائد** | | | | |
| ١٥ | **أشعر بالاسترخاء** | | | | |
| ١٦ | **أشعر بالرضا** | | | | |
| ١٧ | **أشعر بالكدر** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ١٨ | **أشعر أنني مستثار جدا (لدرجة الغليان)** | | | | |
| ١٩ | **أشعر بالسعادة العميقة** | | | | |
| ٢٠ | **أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين** | | | | |

# ملحق (٣)

**سيدي/ سيدتي** فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها بعض الأفراد لوصف أنفسهم. بعد قراءة كل فقرة قراءة جيدة ضع إشارة (√ ) في المربع المناسب أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر/ تشعرين به في هذه اللحظة.

| # | الفقرة | أبدا | قليلا | أحيانا | كثيرا |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين | | | | |
| ٢ | أتعب بسرعة | | | | |
| ٣ | أشعر بالميل للبكاء | | | | |
| ٤ | أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدوا الآخرين | | | | |
| ٥ | أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية | | | | |
| ٦ | أشعر بالراحة | | | | |
| ٧ | أنا هادئ الأعصاب | | | | |
| ٨ | أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها | | | | |
| ٩ | أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك | | | | |
| ١٠ | أنا سعيد | | | | |
| ١١ | أميل إلى تصعيب الأمور | | | | |
| ١٢ | ينقصني الشعور بالثقة بالنفس | | | | |
| ١٣ | أشعر بالأمان | | | | |
| ١٤ | أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات | | | | |
| ١٥ | أشعر بالغم | | | | |
| ١٦ | أشعر بالرضى | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ١٧ | تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني | | | | |
| ١٨ | تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أني لا أستطيع أن أبعدها عن نفسي | | | | |
| ١٩ | أنا شخص مستقر | | | | |
| ٢٠ | أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية | | | | |

## ملحق (٤)

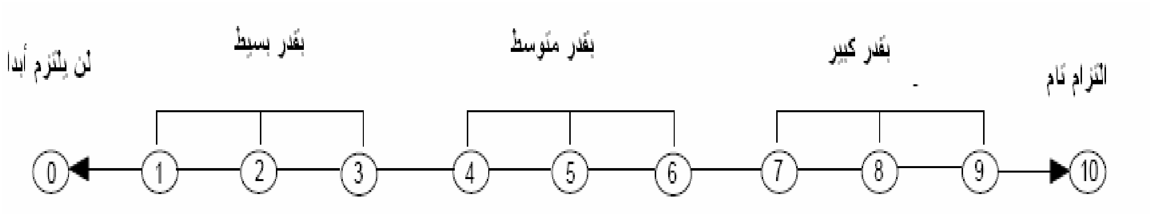
حضرة الطبيب/ة المحترم/ة أرجو من حضرتك ان تضع/ي اشارة على التقدير الأقرب لتوقعك عن حالة المريض بالنسبة لكل فقرة من الفقرات التالية، و ذلك بعد التكرم بتعبأة البيانات الديموغرافية المطلوبة. علما بأن هذه المعلومات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط مع الحفاظ على السرية التامة لهذه الإجابات.

العمر: ١. (30>)　　٢. (٣١-٤٠)　　٣. (٤١-٥٠)　　٤. (٥١-٦٠)　　٥. (< ٦١)

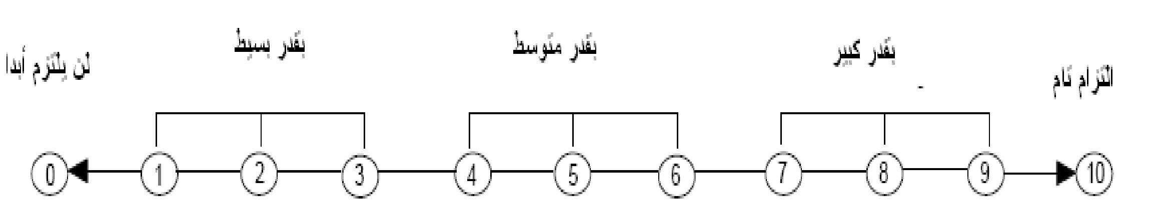
الجنس : ١. ذكر　　٢. أنثى

الرتبة الوظيفية: ١. مقيم　　٢. اختصاصي　　٣. استشاري

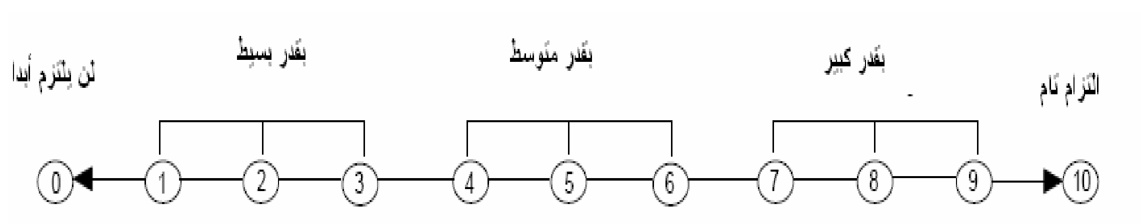
1- إلى أي مدى تعتقد/تعتقدين أن المريض سيلتزم بالتوصيات العلاجية بعد العملية الجراحية؟




2- إلى أي مدى تعتقد/تعتقدين أن المريض سيتأقلم مع حالته الصحية بعد العملية الجراحية؟




3- إلى أي مدى تعتقد أنك ستقوم/ستقومين بتحويل المريض إلى أخصائي نفسي أو للرعاية النفسية؟




**شكرا للتعاون**

**نور سعيد**

# Levels of Pre-Operative Anxiety and Depression and their Relation to the Type of Surgery and Some other Demographic Variables in a Sample of Inpatients Awaiting Heart Surgery in Amman Hospitals

**By:**

**Nour S. Al Saeed**

**Supervisor**

**Ashraf F. Al-Qudah**

## Abstract

The current study aimed to exploring the levels of anxiety and depression one day prior to open heart surgery among cardiac surgery patients in Amman's hospitals, and the relationship between these levels and the type of surgery and other demographic variables including age, gender, education level, social status and occupational status. Also, this study aimed to investigating the expectations of the patients' physicians about the extent to which the physicians believe that their patients will adhere the medical regimes, and to what extent to which they believe that their patients will cope well with post surgery life, and to the extent to which the physicians are welling to refer their patient to a Psychologist or a mental health care professional.

The currents study sample consisted of (113) patients, (95) male and (18) female. The patients completed Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) and Speielberger State-Trait Inventory, One day before their open heart surgery. The researcher calculated the means, conducted Multiple Regression Analyses, and Univariate Analyses to test the current study hypotheses.

The results of the current study showed that the heart surgery patients included in this study have significant levels anxiety and depression. (100%) of the sample scored an anxiety range from moderate to sever. Whereas, (39%) of the sample showed ranges of depression between moderate to sever. The significant contributors to the prediction of depression among the patients were the social status and occupational status. And the significant contributors to the prediction of trait anxiety among the patients were the

educational level and the type of surgery. This study highlights the importance of the Psychological dimension in patients with heart surgery, because of it's effects on the operation.